様式第１号の２（第２条関係）

乳幼児・児童医療費助成資格認定申請書

令和　　年　　月　　日

能美市長　　宛て

申 請 者　住 所　能美市
（窓口に来られた方）
氏 名

医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。
医療費の助成資格の認定に必要な世帯状況を調査することに同意します。

子ども	住　所	□申請者と同じ 能美市				電 話（日中連絡可能な連絡先） （　　）　　―	
	フリガナ 氏　名		男・女	生年月日	H・R　年　月　日	受給者番号	交付
				申請者との続柄			窓口 郵便 （　／　）
	フリガナ 氏　名		男・女	生年月日	H・R　年　月　日	受給者番号	交付
				申請者との続柄			窓口 郵便 （　／　）
	フリガナ 氏　名		男・女	生年月日	H・R　年　月　日	受給者番号	交付
				申請者との続柄			窓口 郵便 （　／　）
申請事由	1　出生 2　転入（　　年　　月　　日転入）				3　業務区分変更（心身障害 → 乳幼児）（保険証・通帳コピー添付） 4　その他（　　）		
加入健康保険	被保険者氏名	□申請者と同じ	続柄		保険者所在地		
	保険者名称	□能美市（国民健康保険） □全国健康保険協会　＿＿＿＿＿＿　支部 □＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿健康保険組合・共済組合 □その他（　　）			記号	番号	
					保険者番号		

金融機関名		普通預金口座番号	口座名義（カタカナ）
銀行 金庫 農協	支店		

保護者	氏名		住所	□申請者と同じ
	氏名		住所	□申請者と同じ
扶養義務者	氏名	続柄	住所	□申請者と同じ

※対象者の加入している健康保険証の写しを添付してください。
※振込先の口座番号が確認できる通帳又はキャッシュカードの写しを添付してください。

本人確認（申請者） １は１種類、２は２種類
1.□個人カ・運免・旅券・在カ 2.□保険証　□年金手 or 住民票 3.□その他（　　）