

乳幼児・児童医療費助成資格認定申請書

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税関係書類を調査することに同意します。

子ども	住所	<input type="checkbox"/> 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	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	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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		続柄	保険者所在地			
	保険者名称	<input type="checkbox"/> 能美市 (国民健康保険) <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 _____ 支部 <input type="checkbox"/> _____ 健康保険組合・共済組合 <input type="checkbox"/> その他 ()			記号	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	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		1月1日の住所 (事由発生年月日が1~9月の場合は前年)				
	氏名			個人番号				
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		1月1日の住所 (事由発生年月日が1~9月の場合は前年)				
	氏名			個人番号				
扶養義務者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 能美市		1月1日の住所 (事由発生年月日が1~9月の場合は前年)				
	氏名			続柄	個人番号			

※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。

番号確認	本人確認	代理権確認 (要本人確認)
<input type="checkbox"/> 個人力 <input type="checkbox"/> 通知力 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他	1は1種類、2は2種類 1. <input type="checkbox"/> 個人力・運免・旅券・在力 2. <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手or住民票 3. <input type="checkbox"/> その他 ()	1. <input type="checkbox"/> 保護者の保険証 (原本) 2. <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 (法定代理人) 3. <input type="checkbox"/> 委任状 (任意代理人) 4. <input type="checkbox"/> その他 ()