

## 子ども医療費 受給資格認定申請書

和水町長 様

子ども医療受給資格の認定を受けるため、和水町子ども医療費助成に関する条例の規定に基づき、次のとおり申請します。認定するために必要となる世帯に係る所得等の状況について、公簿等で確認することに同意します。

受給者は、現在、和水町に住民票を有し、かつ、和水町に居住しています。  
子どもは、現在、和水町に住民票を有し、かつ、受給者が扶養しています。

受給者 (保護者)	住 所	和水町	
	氏 名	生年月日	年 月 日
	昼間つながる電話番号	受給者でない方の電話番号を書いた場合は職員へお知らせください。	
	対象児との続柄	父 ・ 母 ・ 他( )	

※基本受給者は、児童手当の受給者と同じ保護者です。

子ども	氏 名	生年月日	受給者証の番号 ※職員が記入
	1	年 月 日	
	2	年 月 日	
	3	年 月 日	
	4	年 月 日	

認定申請の事由 : 1 出生 2 転入 3 その他 ( )
-------------------------------

## 加入している医療保険の保険者情報

保険者名		被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ
被保険者証の 記号・番号		付加給付の額	円

## 助成申請をしたときの振込口座 ※児童手当の口座と違う場合のみ記入(受給者の口座に限る)

金融機関名		支店名	
口座区分	普通 ・ 当座	口座番号 (ゆうちょの場合、 記号 - 番号)	

-以下、職員記入欄-----

証交付(有・無)

供 覧	課 長	課長補佐	係 長	参 事	係 員	係	

※) 申請があり、審査の結果要件に該当します。認定し、受給者証を交付してよろしいか。