

| | |
|-----------|--|
| 受 給 者 番 号 | |
|-----------|--|

(あて先) 橋本市長

橋本市乳幼児・子ども医療費受給資格認定申請書

次のとおり、橋本市乳幼児・子ども医療費受給資格の認定を申請します。

なお、受給資格期間中この申請に係る書類に記載した内容について、住民基本台帳、課税台帳等の公簿で確認されることに同意します。

| | | | | | |
|-------------|---------------------------|------------------------------------|---------|------------|--|
| | 年 月 日 | 出生・転入・小中高等学校就学・他医療から() ・その他() | | | |
| 申 請 者 | フリガナ | | 個人番号 | | |
| | 氏 名 | | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 住 所 | 〒 橋本市 | | | |
| | 電話番号 | () | 対象児との続柄 | 父・母・その他() | |
| 配 偶 者 情 報 | フリガナ | | 個人番号 | | |
| | 氏 名 | | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 住 所 | 〒 橋本市 | | | |
| 対 象 児 | フリガナ | | 性 別 | 男 ・ 女 | |
| | 氏 名 | | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 住 所 | 〒 橋本市 | | | |
| 加 入 医 療 保 険 | 保 険 種 別 | 協・組・日・船・共・国 | 被保険者証 | 記 号 | |
| | 被 保 険 者 (保険に入っている人の氏名) | | | 番 号 | |
| | | | 対象児との続柄 | 父・母・その他() | |
| 保 険 者 | 名 称 | 保険者番号 () | | | |

| | | | | |
|---------|----------------|-----------|----------------|----------|
| 口 座 振 替 | 振 込 先 | 預 金 種 目 | 口 座 番 号 | 口座名義(カナ) |
| | 銀行 信金 農協 金庫 | 支店 出張所 | 1. 普通 2. 当座 | |

※市記入欄

| | | |
|---------------|--------------------------|---|
| 窓口受付者: | 来庁者: 父・母・その他() | <input type="checkbox"/> 第1子 |
| マイナンバー: 持参・職権 | 本人確認: 免許証・個人番号カード・その他() | <input type="checkbox"/> 第2子 <input type="checkbox"/> 非該当 |
| 委任状: なし・あり | その他:() | <input type="checkbox"/> 第3子以降 |