様式第１号(第３条関係)

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、この医療費の受給に係る事項について、必要に応じて住民基本台帳、課税台帳等の公簿等で確認されることに同意します。

令和　年　月　日		出生 ・ 転入 ・ 小中高等学校就学 ・ 他医療から(　　) ・その他(所得制限撤廃)		
申請者	フリガナ		個人番号	
	氏　名		生年月日	昭和・平成　年　月　日
	住　所	〒 橋本市		
	電話番号	(　　)　〔父・母〕	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	
	配偶者情報 氏名		生年月日	昭和・平成　年　月　日
	配偶者情報 住所	〒 橋本市　□ 申請者と同じ		
対象児	フリガナ		性　別	男 ・ 女
	氏　名		生年月日	平成・令和　年　月　日
	住　所	〒 橋本市　□ 申請者と同じ		
加入医療保険	保険種別	協・組・日・船・共・国	被保険者	記　号
	被保険者 (保険に入っている人の氏名)			番　号
			保険資格取得日	平成・令和　年　月　日
			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(　　)	□ 第１子
マイナンバー： 持参 ・ 職権	本人確認： 免許証 ・ 個人番号ｶｰﾄﾞ・その他(　　)	□ 第２子　□非該当
委任状： なし ・ あり	その他：(　　)	□ 第３子以降