

※太枠内をご記入ください。

受付印

(様式第1)

八代市子ども医療費受給者証交付申請書

<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 再交付
<input type="checkbox"/> 口座 <input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/> 受給者		

新規申請の場合と、保険・受給者の変更の場合は個人番号の記載が必要となります。

平成 年 月 日

(あて先) 八代市長

住所 八代市

窓口に来た人

氏名

*受給資格者(申請者)の同一世帯以外の方が窓口に来られる場合は、裏面の委任状が必要です。

下記のとおり、申請書を提出します。なお、受給資格審査・認定のため所得状況等について現有公簿で確認することに同意します。

受給対象 (子ども)	子どもの氏名	性別	生年月日
	【個人番号】	男・女	平成 年 月 日
(受給資格者) (申請者)	受給資格者の氏名	性別	生年月日
	【個人番号】	男・女	昭・平 年 月 日
	子どもから見た続柄	1. 父 2. 母 3. 祖父 4. 祖母 5. その他 ()	
自宅電話番号	- -	昼間連絡の取れる 方の電話番号	子から見た続柄 ()

(受給者の方の口座) 金融機関先名	銀行 組合 支店	1. 普通 2. 貯蓄	
	金庫 県信連 出張所	3. 当座 4. その他	
	農協 その他 支所		
<input type="checkbox"/> 口座番号			
<input type="checkbox"/> 口座名義人(カナ)			

子どもに関する 医療保険	保険者の名称	保険者番号	保険証の記号	保険証の番号
	被保険者氏名 (組合員氏名)	子どもから見た続柄		
	【個人番号】	1. 父 2. 母 3. 本人 4. 祖父母 5. その他 ()		

※ 資格認定日 受給者番号 第 号 平成 年 月 日	※ 交付年月日 平成 年 月 日	※ 変更事由 41. 異動日 42. 保護者 43. 保険者 44. 口座 45. その他 ()
	※ 課税状況 1. 課税 0. 非課税	
	01. 出生 02. 転入 05. 資格の再取得 06. 保険加入 07. 生保廃止 99. その他	※ 判定 1. 該当 0. 非該当