

## こども医療費受給者証交付申請書

年 月 日

(宛 先) 加 賀 市 長

申請者 (保護者)	住 所	加賀市					
	氏 名						
	生年月日		個人番号				
申請者の 配偶者	住 所	(申請者と住所が異なる場合に記入)					
	氏 名						
	生年月日		個人番号				

こども医療費の助成を受けたいので、次のとおり医療費受給者証の交付を申請します。

また、医療費助成の確認に必要な税関係情報の記録を調査することに同意します。

対象者 (こども)	住 所	加賀市		連絡先 (日中連絡可能な電話番号)				
	氏 名	(フリガナ)		生年月日	申請者との続柄			
				年 月 日				
申請事由	1 出生したため 2 転入してきたため		3 保険に新たに加入したため 4 その他					
加入 保険 証の 写し  □後日 提出	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 20px; padding: 10px; text-align: center;"> <p style="font-size: 24px; margin: 0;">の り し ろ</p> <p style="font-size: 18px; margin: 5px 0 0 0;">お子さんの健康保険証の写しを ここに貼り付けてください。</p> <p style="font-size: 14px; margin: 10px 0 0 0;">保険証がこの枠より大きい場合は裏面に 貼り付けてください。</p> </div>			振込 口座  (償還 払い 用)	口座名義人 (カタカナで記入してください)			
				銀行コード				
				銀行 信用金庫 農業協同組合				
				支店コード				
			本店 支店 出張所					
			普通預金	口座番号				
転入日	年 月 日							

※以下の欄は記入しないでください。

**窓口課または出張所 処理欄** ※処理職員欄に押印のうえ、該当するものにチェックをつけてください。

処理職員	公務員	児童手当認定請求 (新規・額改)	児童手当不足書類 (案内済)
	<input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 非公務員	<input type="checkbox"/> 申請済 <input type="checkbox"/> 未申請                 { <input type="checkbox"/> 月 日郵送 <input type="checkbox"/> 別居監護で受給中 ( )	<input type="checkbox"/> 受給者の年金加入証明 (一部保険証のコピー) <input type="checkbox"/> 申立書 <input type="checkbox"/> 受給者名義の口座

**子育て支援課 処理欄**

受給者番号	助成期間	保険の種類	交付確認
㊟	年 月 日~ 18歳の年度末 (又は転出日) まで	国・国組・全協 船員・組合・共済	窓口 ( ) 郵送 ( )