

子ども医療費助成金交付申請書

令和 年 月 日

(宛先)岡崎市 長

申請者(受給者)																				
住所.....																				
氏名.....																				
生年月日 昭和・平成 年 月 日																				
連絡先()																				
個人番号 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				

届出者
受給者と同じ

住所.....

受給者と同じ

氏名.....

受給者との続柄()

次のとおりですので、子ども医療費助成金を交付してください。

受給者番号		受給者名																					
子どもの氏名		振込先	受給者・受給者以外																				
子ども医療費助成金振込口座		銀行 信用金庫 農業協同組合	本店 支店																				
金融機関コード	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											口座種別	1 普通・2 当座										
口座名義 (カタカナ)		口座番号	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				

注 この申請書には、「領収書」を添付してください。

受給者以外の方へ振込を希望の場合は下記「受領委任状」の記入が必要です。

【受領委任状】

この助成金の受領を
受給者と同じ
(住所).....

(氏名)..... (受給者との続柄.....) に委任します。

受給者..... ()
()本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

保険者番号	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
記号番号																					
保険資格取得日	年 月 日	受付																			
子ども医療有効期間	年 月 日から 年 月 日まで																				

次回番号持参依頼

番号確認	個人番号カード・個人番号通知カード・住民票・その他（ ）
身元確認	個人番号カード・運転免許証・住民基本台帳カード・パスポート・ 在留カード・障がい者手帳（顔写真付き）・その他（ ）
	A) 健康保険証・介護保険証・年金手帳・医療受給者証・ 児童扶養手当証書・その他（ ） B) 学生証・キャッシュカード・診察券・その他（ ）

顔写真有のものは1点、顔写真無のものは2点（A+A又はA+B）を確認すること。