

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><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></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><tr><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><tr><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><tr><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								
子ども医療有効期間	年 月 日から 年 月 日まで								
	受 付								

☐ 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。