

母子家庭等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（扶養義務者）											
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></tr></table>										

届出者
☐ 申請者と同じ
住所.....
☐ 申請者と同じ
氏名.....
申請者との続柄（ ）

次のとおりですので、母子家庭等医療費助成金を交付してください。

受 給 者 番 号		受 給 者 氏 名								
振 込 先	申 請 者			申 請 者 以 外						
母 子 家 庭 等 医 療 費 助 成 金 振 込 口 座	銀 行 信 用 金 庫 農 業 協 同 組 合			本店						

注 この申請書には、「領収書」を添付してください。
申請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 ☐ 申請者と同じ (住所).....	
(氏名)..... (申請者との続柄.....) に委任します。	
申請者..... (※) (※)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								
記 号 番 号								
保険資格取得日	年 月 日							受 付
母子家庭等医療 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。