様式第1号(第3条関係)

**こどもの医療費受給資格者証交付申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| こども | ふりがな |  | 性別 | 男・女 | 生年月日平成令和31年5月7日 | 　年　月　日 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 輪島市　　　　　町 |
| 保護者 | ふりがな |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 　　　年　月　日昭和平成31年5月7日 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | ※こどもと住所が異なる場合は、記入してください。 |
| 金融機関名 |  | 口座種別 | 普通 ・ 当座 ・ 貯蓄 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 支　店　名 |  | 口座名義カナ |  |
| 口座名義 |  |

上記のとおり、こどもの医療費受給資格者証の交付を申請します。

なお、私の所得状況について、石川県乳幼児医療費助成事業事務に必要な範囲において、関係機関に照会・調査されることに同意します。

輪島市長　あて

　　令和　　年　　月　　日

保護者　住　　所

氏　　名

電話番号

※これより下は、記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公費負担者番号 | 8 | 8 | 1 | 7 | 4 | 0 | 6 | 5 | 受給資格者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 加入保険 | 保険者名 | 記号番号 | 被保険者氏名 | 付加給付 |
|  |  |  |  |