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 | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | |  | | | | |