

様式第1号（第2条関係）

受給者証番号		保険種類	国・協・組・共・他( )
受付	年 月 日	認定事由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 保険取得 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 新規取得（年齢引き上げ） <input type="checkbox"/> その他( )
有効期限	年 月 日から 年 月 日まで		

※太線の枠内を記入してください。

<b>こども医療費受給者証交付申請書</b>				
年 月 日				
宇城市長 様				
以下のとおり申請します。なお、マイナンバーを利用し、受給資格審査・認定に必要な住民情報及び地方税情報等を取得することに同意します。				
申請者（受給者）住 所				
氏 名				
個人番号 *****				
TEL				
こども	ふりがな		個人番号 *****	
	氏 名			
	性 別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
加入保険	記号・番号	保険者の名称	被保険者氏名	被保険者個人番号
	記号			*****
	番号			
主として生計を維持する親権者（続柄 ）				
氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（申請者と同じ場合は氏名の記入は不要）			
1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 宇城市内 <input type="checkbox"/> 宇城市外（ 市・区・町・村）			

※申請者（受給者）名義の口座を指定してください。

支払口座	金融機関・支店(支所)名	種 別	□ 座 番 号			
	銀行 支店 農協・労金 支所 信組・信金	普通 当 座				
	ゆうちょ銀行	記 号				
	(フリガナ) ( ) □ 座 名 義					