

# こども医療費受給資格認定申請書

受付者	証交付方法 (○)	確認者	(後日郵送の場合) 発送日
	当日 窓口 ・ 後日 郵送		

(宛先) 上尾市長

申請年月日 令和 年 月 日

保護者	フリガナ	生年月日	こどもの続柄	電話	(転入の場合のみ) 転入日
	氏名	昭和 平成 年 月 日	父・母・ 他 ( )	自宅・携帯(父・母・他 ( )) ( ) -	令和 年 月 日
	住所	こども医療費助成制度の資格・支給審査にあたり、私、私の配偶者、私の属する世帯の世帯員及び生計を同じくする者について、上尾市及び他市区町村が保有する住民基本台帳及び課税台帳等の公簿により確認することに同意します。また、必要が生じた場合、加入医療保険に所得区分や附加給付金・高額療養費等を確認することに同意します。なお、申請した事項に変更が生じたときは、速やかに届出を行います。			

子ども	氏名	性別	生年月日	転入の場合のみ 転入日	保険資格取得日	資格決定事由	資格決定日	受給資格証番号			
	フリガナ	男・女	平・令 年 月 日	令和 年 月 日	・出生年月日 ・他 平・令 年 月 日	出生・転入 保護者変更 他 ( )	令和 年 月 日				
フリガナ	平・令 年 月 日		令和 年 月 日	・出生年月日 ・他 平・令 年 月 日	出生・転入 保護者変更 他 ( )	令和 年 月 日					
フリガナ	男・女	平・令 年 月 日	令和 年 月 日	・出生年月日 ・他 平・令 年 月 日	出生・転入 保護者変更 他 ( )	令和 年 月 日					
フリガナ		平・令 年 月 日	令和 年 月 日	・出生年月日 ・他 平・令 年 月 日	出生・転入 保護者変更 他 ( )	令和 年 月 日					
フリガナ	男・女	平・令 年 月 日	令和 年 月 日	・出生年月日 ・他 平・令 年 月 日	出生・転入 保護者変更 他 ( )	令和 年 月 日					
フリガナ		平・令 年 月 日	令和 年 月 日	・出生年月日 ・他 平・令 年 月 日	出生・転入 保護者変更 他 ( )	令和 年 月 日					

上記の保護者名義の振込口座	金融機関名	支店名		こどもの加入医療保険	記号	番号	
	銀行 信用金庫 農協	本店	支店 出張所		被保険者・世帯 主等の氏名	こどもの続柄 父・母・他 ( )	
	金融機関コード	店番号	種		口座番号	被保険者・世帯 主等の個人番号	
	名義人氏名 (カタカナ) ※姓と名の間は、1マス空けてください。						
	保険者番号						
	受給者番号 名前 生年月日				保険組合 名称		
	<input type="checkbox"/> こども医療の ( 平・令 年 月 日 ) と同じ口座で登録する。 認定番号 または 受付番号				全国健康保険協会 健康保険組合 共済組合 国民健康保険 国民健康保険組合		
<input type="checkbox"/> 児童手当 ( ) と同じ口座で登録する。				電話 ( ) - 支部			

備考