第１号様式

お子さまの氏名・ﾌﾘｶﾞﾅ・生年月日・性別を記入してください。

部分を記入してください。

記　入　例

子ども医療費受給資格認定申請書

受給者番号								事由発生年月日	年　月　日	資格取得日	年　月　日		
								申請事由	□ 出生　□ 転入　□ その他（　　）				
子ども	フリガナ	クルメ　ハナコ					男・女	住所	久留米市城南町１５番地３　クルメアパート１０１号				
	氏名	久留米　花子 平成２０年　８月　５日生											
保護者	フリガナ	クルメ　タロウ					男・女	住所	□同　上				
	氏名	久留米　太郎 昭和５８年１１月２４日 子どもとの続柄（　父　）											
生計維持者	フリガナ	クルメ　タロウ					男・女	住所	□同　上				
	氏名	久留米　太郎 昭和５８年１１月２４日 子どもとの続柄（　父　）											
	個人番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
医療保険	保険種別	□裏面のとおり		被保険者証の氏名				氏		記		番号	
	保険者名			保険番号				地				児童手当の受給の有無	□ 有 □ 無 （特例給付）

お子さまの住所を記入してください。
保護者さま、生計維持者さまの住所がお子さまと同じであれば下記「□同上」にﾁｪｯｸをいれてください。
異なる場合は記入をお願いします。

保護者さま、生計維持者の氏名・ﾌﾘｶﾞﾅ・生年月日・続柄を記入してください。
生計維持者さまは個人番号(ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ)を記入してください。

お子さまの健康保険証のコピーを添付してください。記入不要です。

上記のとおり申請します。

□また、当該申請に関して市が必要な公簿等を確認することを承諾します。なお、久留米市国民健康保険に加入の場合、高額療養費に該当する際は、その請求、受領及び振替を久留米市に委任します。また、受給者の世帯の課税状況及び児童手当の受給状況について公簿等により確認されることを承諾します。

（□住所は受給者と同じ場合は省略できます。）

チェックしてください。

平成○○年　○月　○日　　申請者　住所

久留米市長　宛て　　氏名　久留米　太郎　　TEL（090-1234-5678）

申請日・申請者名・連絡先を記入してください。
連絡先は日中のご連絡が可能な番号を記入ください。