第１号様式

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		男・女	住所		
	氏名	年　月　日生				
	個人番号					
保護者	フリガナ		男・女	住所	□同　上	
	氏名	年　月　日生 子どもとの続柄（　　）				
生計維持者	フリガナ		男・女	住所	□同　上	
	氏名	年　月　日生 子どもとの続柄（　　）				
	個人番号					

医療保険	保険種別	□裏面のとおり	医療保険各法による氏名、記号・番号	氏名		記号		番号	
	保険者名		保険者番号		所在地			児童手当の受給の有無	□ 有 □ 無

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。）

年　月　日　　申請者　住　所

久留米市長　宛て　　氏　名　　TEL（　　）

（本・田・北・城・三・上・耳・筑・千・高）

受付	入力	チェック