

## 子育て支援医療費助成金受給資格認定申請書

年 月 日

野々市市長 宛

子育て支援医療費助成金の受給資格の認定を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者 (保護者)	氏 名			個人番号										
	対象者との続柄			電話番号										
	住 所													
	配偶者	氏 名				住所								
		個人番号												
対象者 (子ども)	住 所	野々市市												
	ふ り が な 氏 名	性別	生 年 月 日	※ 市処理欄										
				受給資格証番号	交付									
		男・女	年 月 日		窓口・郵送									
		男・女	年 月 日		窓口・郵送									
		男・女	年 月 日		窓口・郵送									
		男・女	年 月 日		窓口・郵送									
申請事由	1 出生のため    2 転入のため    3 その他 ( )													
	◎事由発生年月日                      年              月              日													
加入 保 険	被保険者氏名			対象者との続柄										
				被保険者住所										
	記 号 ・ 番 号			保険者番号										
	保 険 者 名 称 ( 発 行 機 関 )													
振込 口座	金 融 機 関	銀 行 信用金庫 農 協	本 店 支 店 出張所	口座番号	普通預金									
	フリガナ 口座名義人 ※保護者名義													

## ※市処理欄

番号確認	個人番号カード・通知カード・個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書・その他 ( )	
身元確認	いずれか1点	個人番号カード・運転免許証・運転経歴証明書・パスポート・身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳・在留カード・特別永住者証明書・その他 ( )
	いずれか2点	保険証・国民年金手帳・児童扶養手当証書又は特別児童扶養手当証書・その他 ( )
添付書類	□保険証   □通帳又はキャッシュカードなど   □その他 ( )	