

子ども 福祉医療費受給資格 認定申請書

フリガナ	イサハヤ イチロウ	生年月日	令和 年 月 日
氏名	諫早 一郎	個人番号	
住所 (建物名等)	諫早市東小路町7番1号	市処理欄	宛名番号 受給者番号

諫早市長 様		(申請日) 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
上記のとおり、子ども医療費受給者証の交付について関係書類を添えて申請します。			
フリガナ	イサハヤ タロウ	生年月日	平成 △ 年 △ 月 △ 日
氏名	署名	個人番号	
		電話番号	0957 — 22 — 1500
住所	☒ 受給者証が必要な方と同じ (記入不要)	続柄	父

(建物名等)

添 付 書 類	事 由
☐ 医療保険の資格が確認できるもの ☐ 委任状 ☐ 口座（通帳・キャッシュカード）の写し	☐出生 ☐転入 ☐生保廃止 ☐その他（) 認定年月日 年 月

※郵送で申請の場合は、写しを添付してください