子ども　福祉医療費受給資格　認定申請書

＜受給者証が必要な方＞（お子さん）

フリガナ		生年月日	年　月　日
氏名		個人番号	
住所	（建物名等）	市処理欄	宛名番号 受給者番号

＜申請者＞（保護者）

諫早市長　様　　（申請日）　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		生年月日	年　月　日
氏名	署名	個人番号	
		電話番号	―　―
住所	☐ 受給者証が必要な方と同じ　（記入不要） （建物名等）	続柄	受給者証が必要な方から見て

諫早市使用欄

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　日
備　考	決　定
	1　適当と認められたので受給者証を交付する。 2　次の理由により申請を却下する。 ☐ 所得制限該当のため ☐ その他（　　） 決定年月日　年　月　日