

母子家庭等医療費受給者証交付申請書

年 月 日

小浜市長 様

申請者 住所

氏名

T E L

次のとおり、母子家庭等医療費受給者証の交付を受けたく申請します。

資格認定、更新および更生医療等の他の制度を受けるための市税の課税状況等に関する調査に個人番号(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定める個人番号をいいます)を利用することに同意します。

保護者	フリガナ氏名	男・女		生年月日	年 月 日 生
	個人番号				
	職業			勤務先	
子ども	フリガナ氏名	男・女		生年月日	年 月 日 生
	個人番号				
	住所			続柄	
子ども	フリガナ氏名	男・女		生年月日	年 月 日 生
	個人番号				
	住所			続柄	
子ども	フリガナ氏名	男・女		生年月日	年 月 日 生
	個人番号				
	住所			続柄	
保 険	記号番号	(記号)	(番号)	資格取得年月日	年 月 日
	保険者の名称				
	保険者の住所			被保険者氏名	
口座振込指定金融機関名		口 座 番 号			名 義
		No.			
支店					(カナ)

母(父)と子どもで加入している保険証が異なる場合には、その旨を申し出てください。