

こども医療費助成金受給資格認定申請書

伊是名村長 殿

平成 年 月 日

※ 太線内の記入をお願いします。

児童氏名	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		平成 年 月 日

申 請 者 (窓口にいらした方)

保護者氏名	フリガナ		連 絡 先	
	氏 名		自 宅	
	住 所	字 伊是名 仲田 諸見 内花 勢理客 番地	携 帯	

代理人氏名 (保護者以外の場合)	フリガナ		連 絡 先	
	氏 名		携 帯	
	住 所	字 伊是名 仲田 諸見 内花 勢理客 (島外者)		番地

加入医療保険 (健康保険証)	被保険者氏名(保護者)					
	保 険 者 名 称					
	記 号 ・ 番 号		記 号		番 号	
	保 険 者 所 在 地		沖縄県 番地			
	保険者所在地 電話番号		0 9 8 - -			

振 込 指 定 金 融 機 関 名

金 融 機 関 名	農協 ゆうちよ 沖銀 琉銀 その他 ()
金 融 機 関 支 店 名	本 店 ・ () 支 店
口座番号	□ 座 名 義 (フリガナ)

申請に必要な物	<ol style="list-style-type: none"> 1. 印鑑 ※認め印可 2. 通帳うつし 3. 医療費助成受給対象者(児童)保険証 4. 前年度所得証明書 ※課税、非課税を確認できるものが望ましい。
---------	--

資格者証発行日	平成 年 月 日	発行者	印
---------	----------	-----	---