

水上村こども医療費受給資格認定申請書

21

平成 年 月 日

水上村長 様

申請者 (受給者)	住 所	
	氏 名	(印)
	生年月日	
	電話番号	

下記のとおり、水上村こども医療費助成受給者資格認定を申請します。
 なお、認定にあたり私の世帯のこども医療費助成事業に係る情報を確認することに同意します。
 また、水上村会計管理者から支払われるこども医療費助成金の受領に関する権限を住民福祉課長を代理人と定め委任します。

記

助 成 対 象 者	フリガナ	性 別	生年月日	※1 受給者番号
	こども氏名	続 柄		
		男・女		
		男・女		
		男・女		
		男・女		
		男・女		
加 入 医 療 保 険 ₂	保 険 者 名 (保険を出しているところ)			
	保 険 者 番 号			
	保 険 種 別	国 保 ・ 協 会 け ん ぽ ・ 組 合 ・ 共 済		
	被 保 険 者 名			
	被 保 険 者 証	記号	番号	
振込先金融機関	銀行・協同組合・信用組合			本・支店
口座番号	普	口座名義		

※1 受給者番号については記入は不用です。

※2 該当のこどもが加入している保険についてご記入下さい。