第１号様式（第4条関係）

太枠の中のみご記入ください。

石垣市こども医療費助成金受給資格認定申請書

石垣市長 様　　年　　月　　日

次のとおり、受給資格認定の申請をします。
石垣市こども医療費助成金の支給を受けるために必要なこどもの受診に関する情報を、石垣市及び関係機関に提供することに同意します。

★申請者（窓口に来られた方）
氏　名
電　話
こども（受給者）との続柄（　　）

こども（受給者）										
	フリガナ		生　年　月　日	性別	受	給	者	番	号
	氏　名		年　月　日生	男・女					
	フリガナ		生　年　月　日	性別	受	給	者	番	号
	氏　名		年　月　日生	男・女					
	フリガナ		生　年　月　日	性別	受	給	者	番	号
	氏　名		年　月　日生	男・女					
	フリガナ		生　年　月　日	性別	受	給	者	番	号
	氏　名		年　月　日生	男・女					
	フリガナ		生　年　月　日	性別	受	給	者	番	号
	氏　名		年　月　日生	男・女					

連　絡　先（日中連絡が取れる方）	【母・父・その他（　　）】　　－　　－

加入保険					
	被保険者氏名（保険加入者）			保険者番　号	
	記号・番号	記 号		番 号	

口座登録					
	口座振込先	銀行・金庫 組合・農協		本　店 支　店 出張所	
	店番		口座番号		名義人（カナ）

★被保険者が　　年１月１日時点で石垣市に住所が無かった方のみ記入ください。

個人番号（被保険者）		1月1日時点市町村	
備　　考			