

様式第1号

受給資格者証
記号番号

-

-

沖縄市子ども医療費助成受給資格認定申請書

沖縄市長様		申請日 令和〇〇年〇〇月〇〇日	
助対象成者	氏名(保護者) 沖縄 太郎	住所 沖縄市 仲宗根町26番1号	
電話番号 (2ヶ所)	① 自・携・実・勤・その他 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 父・母	② 自・携・実・勤・その他 939-1212 父・母	
沖縄市子ども医療費助成要綱にもとづき、下記の乳幼児について、受給資格認定の申請をいたします。 なお、助成金の審査上の必要に応じて、担当課が住民基本台帳および所得・課税状況等について確認することを了承いたします。			
子どもの氏名		生年月日	性別 続柄
フリガナ オキナワ イチロウ 沖縄 一郎		令和〇〇年〇〇月〇〇日	男・女 子
金融機関	銀行	本店	口座番号 0123456
	〇〇 金庫 〇〇	支店	フリガナ オキナワ タロウ
	農協	出張所	名義人 沖縄 太郎
代理者氏名	印	連絡先	続柄

資格期間

年 月 日より適用(出生/転入/取得遅れ/再取得)

年 月 日まで有効

	審査印