様式第１号

受給資格者証 記　号　番　号						－					－	

沖縄市こども医療費助成受給資格認定申請書

沖　縄　市　長　様　　申請日　　年　　月　　日

受給者	氏　名（振込口座の名義人）	住　所　沖縄市
電話番号（2ヶ所）	①　自・携・実・勤・その他　父・母	②　自・携・実・勤・その他　父・母

沖縄市こ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。

こどもの氏名	生年月日	性別	続柄
ﾌﾘｶﾞﾅ	年　月　日	男・女	子

金融機関	銀行　本　店 金庫　支　店 農協　出張所	口座番号	
		フリガナ	
		名義人	

代理者氏名	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