



様式第1号
(第3条関係)

受給資格者証
記号番号

4 0 2 4 -

-

沖縄市こども医療費助成受給資格認定申請書

→太枠内にフリガナを記入をお願いします。

沖縄市こども医療費助成要綱にもとづき、受給資格認定の申請をいたします。

また、受給資格認定および助成金の審査で必要な場合は、以下のことに同意します。

1. 住民基本台帳や課税台帳の閲覧を行うこと
2. 個人番号等により所得・課税情報、保険情報等について確認・利用すること

沖縄市長様

申請日 令和〇年〇月〇日

こどもの氏名

フリガナ オキナワ コタロウ

沖縄 子太郎

生年月日 平成〇年〇月〇日

対象者
成

保護者氏名(振込口座の名義人)

沖縄 親一郎

住所

沖縄市仲京根町〇-△△番地

↓不備があった場合等にご連絡する場合がございます。繋がりのやすい番号をできる限り2カ所記入をお願いします。

電話番号
(2ヶ所)

① 自・携・実・勤・その他

090-XXXX-XXXX 父・

同じ

② 自・携・実・勤・その他

080-XXXX-XXXX 父・母

金融機関

銀行 〇〇 金庫 〇〇 農協 〇〇 本店 支店 出張所

口座番号

□□□□□

フリガナ

オキナワ シンイチロウ

名義人

沖縄 親一郎

記入者氏名

沖縄 親花

続柄

父・母・その他()

資格期間

*下記2点の添付が必須です。
返信用封筒へ同封してください。

※職

備

□出

□所

■ お子さまの加入保険情報の写し

■ 保護者名義の口座情報の写し

査印

□高額判定時(年度 父・母 所課依頼説明済・MN同意書有)

□郵送受付・添付書類(保護者口座写し・こども保険証写し)