

様式第1号
(第3条関係)受給資格者証
記号番号

4 0 2 4 -

-

沖縄市子ども医療費助成受給資格認定申請書

沖縄市子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。

- 住民基本台帳や課税台帳の閲覧を行うこと
- 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 年 月 日

子どもの氏名

フリガナ

生年月日

年 月 日

対象者成

保護者氏名(振込口座の名義人)

住所

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

金融機関

銀行
金庫
農協本店
支店
出張所

口座番号

フリガナ

名義人

記入者氏名

続柄 父・母・その他()

資格期間

令和7年 4月 1日より適用(制度改正)

年 月 日まで有効

※職員記入欄

備考 受給者証(窓口交付・ 年 月 日発送済) 出産時(母[同・別保険]) 世帯状況(児扶[受給中・案内済]・父母監護) 所得確認(年度・父[課/非/未] 母[課/非/未]) 所課有・申告案内済

(年度・父[課/非/未] 母[課/非/未]) 所課有・申告案内済

 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・子ども保険証写し)

審査印