様式第１号

| 受給資格者証<br>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

| | | |
|---|---|---|
| 助成対象者 | 氏　名（保護者） | 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 | |

| 金融機関 | | 口座番号 | |
|---|---|---|---|
| 銀行　本店<br>金庫　支店<br>農協　出張所 | | フリガナ | |
| | | 名義人 | |

| 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 |
|---|---|
| | |