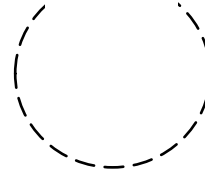


処 理 欄	
受 付	
認 定	
台 帳 入 力	
受給者証交付	

第1号様式の2(第3条関係)

## 福祉医療費受給資格認定申請書(子ども用)

受付印



(あて先)長崎市長

下記のとおり福祉医療費受給資格の認定を申請します。

保護者	フリガナ 氏名	提出年月日	令和 年 月 日	支給対象者との続柄			
		生年月日	昭和 平成 年 月 日	父・母・祖父・祖母 その他( )			
		個人番号					
住所	長崎市			電話	( )		
支給対象者	加入医療保険						
	□氏名	フリガナ	生年月日	令和 平成 年 月 日	保険の名称	記号	番号
			有効期間	令和 ~令和 年 月 日	受給者証の番号		
					個人番号		
	□氏名	フリガナ	生年月日	令和 平成 年 月 日	保険の名称	記号	番号
			有効期間	令和 ~令和 年 月 日	受給者証の番号		
					個人番号		
	□氏名	フリガナ	生年月日	令和 平成 年 月 日	保険の名称	記号	番号
			有効期間	令和 ~令和 年 月 日	受給者証の番号		
					個人番号		
	□氏名	フリガナ	生年月日	令和 平成 年 月 日	保険の名称	記号	番号
			有効期間	令和 ~令和 年 月 日	受給者証の番号		
				個人番号			
※支給対象者のうち、加入している保険証が下欄に記入していただく保険証と異なる保険に加入している場合は、その加入保険の内容を記載してください。 ↑							
支払希望金融機関 (保護者名義のもの)	銀行名	銀行 信用金庫 信用組合	支店名	支店 出張所	種別	口座番号	
加入医療保険 の名称	国保 全国健康保険協会 共済 健保組合 国保組合 船員保険		被保険者等の 記号・番号		(記号)	(番号)	
被保険者等氏名 ※チェック又は記 名	□上記保護者と同一 □その他 ( )		対象児童との続柄 父・母 ( )	付 加 給 付	有 ・ 無		
保 険 者 名 称							

不足書類 (不足指示済の ものにチェック)	申請者全員 □健康保険証の写し(対象児童分) □支払希望金融機関通帳写し※上の子と同じ場合は不要	備考
	□その他( )	