

こども医療費助成受給資格認定申請書

(宛先) 新潟市長

申請日 令和 年 月 日

こども医療費助成受給資格の認定を受けたいので、次のとおり申請します。

助成対象期間		平成 年 月 日 から 令和 こどもが 18 歳に達した日以後の最初の 3 月 31 日まで		受給者番号			
申請者 (保護者)	フリガナ				生年月日	昭和 年 月 日 平成	
	氏名	印 (本人が署名した場合は、押印不要です。)					
	電話番号	自宅			こども との続柄		
		携帯 (父・母)					
	住所						
こども	フリガナ			性別	生年月日	平成 年 月 日 令和	
	氏名			男・女			
	住所	<input type="checkbox"/> 同上 新潟市			出生順位	( ) 人中 第 子	
児童手当 申請状況		※チェックを付けてください。 <input type="checkbox"/> この申請と同時に児童手当の手続きを行う (または既に行った)。 <input type="checkbox"/> 公務員なので児童手当は職場に申請する。 └─ <u>ここにチェックを付けた方は必ず職場にご確認ください。</u>					
備考							

注 太線の枠内のみ記入してください。

市 処 理 欄	該当事由			受給者証		本登録
	出生 ・ 転入 ・ 受給者変更  その他 ( )			即日交付 ( / )	( / )	
				郵 送 ( / )		
	受付者		受付日	令和 年 月 日		