

## 子ども医療費助成資格認定申請書

(宛先) 金 沢 市 長

保護者の方の住所・氏名を  
ご記入ください。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

申請者 住所 金 沢 市 広 坂 〇 丁 目 〇 番 〇 号  
(保護者)

氏 名 金 沢 太 郎

医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

対象者	住所	金 沢 市 広 坂 〇 丁 目 〇 番 〇 号		電話 ( 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 )	
	子ども	ふりがな	かなざわ はなこ	生 年 月 日	申請者との続柄
	氏 名	金 沢 花 子	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	子
申請事由	① 出生のため		4 その他 ( )		
	② 転入してきたため		◎ 事由発生年月日 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
加入健康保険	被保険者氏名	対象者との続柄		住所	
	保 険	加入健康保険についてご記入ください。		記号・番号	付加給付の有無
	保険者の名称	保険者番号			

医療費の助成金について、下記預金口座に振り込み願います。

振込口座	銀行	店番	本店	普通	口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇
	〇〇	信用金庫	支店	当座	
	農業協同組合	〇〇	支所		
	ふりがな	かなざわ たろう			
	口座名義人 ※上記申請者氏名	金 沢 太 郎			

保護者の方の預金口座をご記入ください。

受付 場所	1・森本 2・金石 3・犀川 4・安原 5・額 6・押野 7・浅川 8・新神田 9・泉野 10・元町 11・駅西 12・泉野HC 13・元町HC 14・駅西HC 15・本庁 16・湊 17・本町 18・近江町									
	医療証番号						口座	保険	入力	郵便
処理欄	《連絡事項》									