

## 子ども医療費助成資格認定申請書

令和 年 月 日

（宛先）金 沢 市 長

申請者 住所 金 沢 市  
（保護者）  
氏 名

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 〔子ども〕	住所	金 沢 市		電話 ( — — )	
	ふりがな 氏 名	生 年 月 日 平成 令和 年 月 日		申請者 との続柄	
申請事由	1 出生のため 2 転入してきたため 3 保険に新たに加入したため		4 その他 ( ) ◎ 事由発生年月日 年 月 日		
加入健康保険	被保険者氏名	対象者 との続柄		住所	
	保 険 種 類	国保・協健・組合・日雇・船員・共済	記号 番号	付加給付 の有無	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 信用金庫 農業協同組合	店 番	本店 支店 支所	普通 当座	口 座 番 号
	ふりがな 口座名義人 ※上記申請者氏名				

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							
処 理 欄	医療証番号	口座		保険	入力	郵便	備考	
	〈連絡事項〉							