

# 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	令和    年    月    日 から 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		
	氏名	生年月日	昭和    年    月    日 平成
	電話番号	自宅	こどもの続柄
		携帯 (父・母)	
住所			
こども	フリガナ	性別	生年月日
	氏名	男・女	
	住所	・ 同上 新潟市	
児童手当申請状況	<p>※チェックを付けてください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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)。</li> <li>・ 公務員なので児童手当は職場に申請する。</li> </ul> <p>↳ <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></p>		
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	即日交付 ( / )	( / )
	その他 ( )	郵送 ( / )	
受付者	受付日	令和    年    月    日	