

乳幼児・子ども医療費受給資格証 交付（更新）申請書
兼 子ども医療費助成金支給申請書

		受給者番号									
受給者	フリガナ	テンリ コタロウ		生年月日	【住 所】 〒 632 - 0016						
	氏 名	天理 小太郎 (子の氏名)		令和5年5月5日	天理市〇〇町〇〇番地						
	個人番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
											(男)・女

次のとおり、乳幼児・子ども医療費受給資格証の交付（更新）及び子ども医療費助成金の支給を受けることについて、以下のことに同意します。

個人番号＝マイナンバーカードの裏面12桁の番号
生年月日の間違いが多発しております。保険証のお子様の生年月日を確認ください。

(2) 受給した助成金に差額が生じた場合、助成金の差額に関する相殺を受けること、または差額の返還に応じること。

令和5年 6月 1日 〒 632-****

天理市長 様 住所 天理市〇〇町〇〇番地 受給者と同じ

フリガナ テンリ タロウ

養育者氏名 天 理 太 郎

生年月日 (昭和)・平成 60年 1月 1日

個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 0

受給者との続柄 父 養育者の 天理市内 天理市外 (奈良市)

1月1日時点の住所

日中連絡先 0743-63-1001 (自宅) 父・母・他 ()

交 付 申 請 事 由	
<p>1. 出生したため</p> <p>2. 転入してきたため</p> <p>3. 保険に新たに加入したため</p> <p>4. その他 ()</p>	<p>健康保険 家族(被扶養者)</p> <p>保 険 証</p> <p>記号 ○○○○ 番号 △△△ (枝番) × ×</p> <p>氏名 天理 小太郎</p> <p>生年月日 令和5年5月5日</p> <p>性別 男</p> <p>認定年月日 令和5年5月5日</p> <p>被保険者氏名 天理 太郎</p> <p>↑養育者＝被保険者 子の祖父母の場合は 父方祖父母→父が養育者 母方祖父母→母が養育者</p>
(交付事由発生年月日) 年 月 日	

※養育者名義の口座をご記入ください。養育者以外の口座を希望される場合は、下記委任状をご記入ください。

振 込 先 口 座				
金融機関名	支店名	種別	口座番号	名義人 (カタカナのみ)
銀行 南都信用金庫 農協	本店 天理支店 出張所	普通 当座	1234567	テンリ ハナコ
金融機関コード 0 1 6 2	支店コード 1 8 0			

【委任状】

私は、天理 花子 を代理人と定め、子ども医療費助成金の受領に関する権限を委任します。

養育者氏名 天理 太郎

代理人住所 天理市〇〇町〇〇番地

代理人氏名 天理 花子