

様式第1号（第2条関係）

子ども医療費助成資格認定申請書

年 月 日

熱海市長 あて

住所

申請者 氏名

電話

— —

下記のとおり、子ども医療費の助成資格の認定を申請します。

また、私は、熱海市が子ども医療費助成に係る事務のため、私又は私以外の保護者の加入医療保険の状況その他助成のために必要な情報を関係機関へ確認することについて同意します。

記

子 ども	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日	男・女
	住所	熱海市			
申 請 者 (保護者)	フリガナ 氏名		子どもと の続柄		
	住所				
申請者以外 の保護者	フリガナ 氏名		子どもと の続柄		
	住所				
加 入 医 療 保 険	保 険 者 名				
	保 険 者 所 在 地				
	被 保 険 者 氏 名				
	被 保 険 者 証	記号		番号	