

奈良市子ども医療費受給資格証等交付等申請書

乳 小 中 高

受給者番号

次のとおり、奈良市子ども医療費受給資格証等の交付及び子ども医療費助成金の支給を申請します。

なお、受給期間中に市長が個人番号を利用し、世帯の所得の状況を調査すること及び高額療養費が生じる場合に

当該療養に係る診療報酬明細書等の写しを医療機関等から徴することを承諾します。

令和 年 月 日

(宛先) 奈良市長

住 所

〒

氏 名

主たる養育者

生年月日 年 月 日

個人番号

※事由発生日が1～7月は前年、8～12月は本年

1月1日時点

の住所

奈良市内

奈良市外(

市・区・町・村)

電 話

(自宅・父・母)

申請者

(窓口にお越しの方)

主たる養育者に同じ

受給者との続柄

()

受給者	氏 名	続柄	性別	生 年 月 日	住所(申請者と異なる場合のみ記入)
	〒			年 月 日	
個人番号					

申請事由
1 出生
2 転入
3 医療保険加入
4 その他 ()
事由発生日 年 月 日

子どもの加入医療保険			
記 号	番 号	子 ども との続柄	
被保険者 氏 名	子どもの医療保険証のコピー添付		
被保険者 住 所			
保険者番号			
保険の名称			
資格認定日	年	月	日

養育者の口座				
金融機関名	支 店 名	口 座 番 号	種 別	口 座 名 義(カナ)
銀行 信用金庫 農 協	本店 支 店 出張所		普通 当座	
金融機関コード	支店コード	※裏面に注意事項記載		

受 付

児手(済・不要)

確認	情報連携

交付年月日 令和 年 月 日

【注意】

県外で受けた医療及び市長の指定する病院若しくは診療所又は薬局等で資格証の提示によらない医療に係る助成金等の支給を受けようとする時は、別途「奈良市子ども医療費助成金交付請求書」を提出のもと、申請時に指定された口座へ助成金が入金されます。