

様式第2号（第4条関係）

母子・父子等医療費受給資格認定申請書

下記のとおり、申請します。

年 月 日

都城市長 宛て

住所 都城市

氏名

印

電話番号 () -

対象者	氏名	続柄	生年月日	性別	個人番号	受給者番号
		本人	年 月 日	男女		
			年 月 日	男女		
			年 月 日	男女		
			年 月 日	男女		
加入保険	保険種類	国・国組・協(政)・健・共・日・船		保険者番号		
	記号番号			個人番号		
	被保険者名			資格取得日	年 月 日	
勤務先	名称			電話番号		
	所在地					
金融機関	銀行名	本・支店名	口座番号	口座名義人(カタカナ)		
	銀行 金庫 JA	本店 支店 支所				
		本所				

所得閲覧承諾書

なお、上記被保険者等の課税状況及び所得状況の公簿による確認を承諾します。

氏名

印

決定	1 認定		
	2 却下 (停止理由)		
児童扶養手当		受給中・申請中・他年金 ()	
所得	年度所得金額	扶養人数	備考

※入力 (/ 済) 資格証 (/ 手渡済・ / 郵送済)
(後日郵送)