

# 甲府市すこやか子育て医療費助成金受給資格取得申請書 記入例

有効期限	年 月 末まで	申請日	令和 4年 8月 31日
保 護 者	フリガナ	コウ 太郎	小児との続柄
	氏 名	甲府 太郎	父
住 所	フリガナ	コウ 太郎	生 年 月 日
	住所	甲府市丸の内一丁目18番1号	昭和・平成 50年 8月 17日
小 児	フリガナ	コウ 花子	性 別
	氏 名	甲府 花子	男・女 男・女
加 入 医 療 保 険	記号番号	1 2 3 4 5 6 7 8	資格認定日
	被保険者(世帯主)氏名	甲府 太郎	小児との続柄
	保険者名	山梨県市町村職員 国民健康保険組合 健康保険組合 共済組合	父
	保険種別	1国保・組合国保 2協会・組合健保 3共済組合 4医師国保 5歯科医師国保 6退職国保	
保険者番号	〇〇〇〇〇〇	種別番号	

- ① 申請日欄に「記入年月日」をご記入ください。
- ② 保護者の「氏名」、「小児との続柄」、「生年月日」をご記入ください。
- ③ 保護者の「住所」、「日中連絡のとれる電話番号」、「勤務先もしくは職業」をご記入ください。
- ④ お子様（平成16年4月2日～平成19年4月1日生）の「氏名」、「性別」、「生年月日」をご記入ください。
- ⑤・⑥ はお子様の健康保険被保険者証を見ながらご記入ください。

## 社会保険等（見本）

健康保険被保険者証	家族（被扶養者）	令和0年0月0日交付	
記号	1 2 3	番号	4 5 6 7 8
氏名	甲府 花子		
生年月日	平成16年4月2日		
性別	女		
資格取得年月日	平成16年4月2日		
被保険者氏名	甲府太郎		
保険者番号	[ ]		
保険者名称	全国保険協会 [ ] 支部		

## 国民健康保険（見本）

山梨県国民健康保険被保険者証	有効期限	令和0年0月0日
記号・番号	1 2 3 - 4 5 6 7 8	
氏 名	甲府 花子	
生年月日	平成16年4月2日	
性別	女	
適用開始年月日	平成16年4月2日	
交付年月日	令和0年0月0日	
世帯主名	甲府太郎	
住所	山梨県甲府市丸の内一丁目18番1号	
保険者番号	〇〇〇〇〇〇	
交付者名	甲 府 市	

# 銀行預金口座振込依頼書 記入例

保護者名	フリガナ	コウ 太郎	印
氏名	甲府 太郎		
電話番号	(自宅) 055 - 237 - 1161	(携帯)	-
住所	甲府市丸の内一丁目18番1号		
指定口座	金融機関名	甲府	支店名
	金融機関番号	1 2 3 4	支店番号
預金種目	口座番号(右詰め)	1 2 3 4 5 6 7	口座名義(カタカナで記入してください)
	普通		コウフ タロウ

- ⑦ ②に記入いただいた保護者の「氏名」及び③に記入いただいた「住所」等をご記入ください。
- ⑧ ②に記入いただいた保護者名義の振込先がわかるもの（通帳等）を見ながらご記入ください。

## 通帳（見本）

〇〇銀行 総合口座	口座名義人	ゆうちょ銀行（見本）
店番 000	口座番号	記号 000 番号 000000
科目 普通預金	預金種目	氏名 コウ 太郎
口座番号 1234567	銀行名	〇〇銀行
発行日 〇年〇月〇日	支店名	〇〇支店
銀行番号 〇〇〇〇	銀行番号	銀行番号 〇〇〇〇
支店番号 〇〇〇	支店番号	支店番号 〇〇〇

- ⑨ 保護者の印（朱肉の使える印鑑）を押してください。  
※押印前に①～⑧の項目について記入漏れがないか再度ご確認ください。

～～★お願い★～～

- ・②と⑦は必ず同一保護者名をご記入ください。
- ・記入誤りがあった場合は、二重線で該当箇所を取り消し、訂正印を捺印の上、正しい内容を余白にご記入ください。
- ・その他ご不明な点がありましたらお問合せください。