様式第１号（第２条関係）

子ども医療費受給資格認定申請書

Inscrição para o Subsídio Infantil das despesas médicas

　　 　 年　　　月　　　日

　Excelentíssimo Senhor Prefeito de Echizen 越前市長　　殿

　Eu concordo com a verficação das contas fiscais da minha família e outras informações necessárias para determinar o pagamento do subsídio infantil para as despesas médicas. Além disso, quando o município arcar

com uma parte ou com o total das despesas médicas de alto custo.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保護者  Responsável | 氏名  Nome | 印  （自署の場合、押印を省略できます） | Data de nascimento  年　 　月 　　日生 | |
| 住所  Endereço |  | | |
| 電話Tel. |  | | |
| 子ども  Criança | ふりがな  氏名Nome |  | Data de nascimento  年　 　月 　　日生 | |
| Endereço  (escrever no  caso de morar separado) |  | Masc. Fem.  男・女 | **□** 第1°filho  **□** 第2°filho  **□** 第3°ou mais |

**※**子ども（助成対象者）が、すでに結婚している場合は、保護者欄には子ども本人の氏名等を記入して下さい。

**No caso da criança (beneficiário) ser casado poderá escrever o próprio nome no lugar do responsável.**

加入医療保険　Escrever os dados do hoken (seguro saúde)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 記号 | | 番号 | 被保険者氏名  Nome do Segurado |  |
| 保険者番号 |  | | 保険者の名称  Nome da Seguradora |  |

**※　子どもの保険証の写しを添付してください。**Colar a cópia do hokensho da criança

振込先　Furikomi saki　transferência bancária (conta bancária)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **□** 兄弟・姉妹 Irmão(a) (nome　　　　　　　　 )と同じ振込先を希望usar a mesma conta bancária | | | | | | | | | |
| 金融機関名  Nome do banco | 銀行  金庫  農協 | | | | | | |  | 本店  支店 |
| 口座番号及び  N°daconta  口座名義人  Titular da conta |  |  |  |  |  |  |  | 名義（カタカナ）nome | |
|  |  |  |  |  |  |  |

**※**Nome do pai ou da mãe (no caso do filho/beneficiário ser casado poderá utilizar o próprio nome) colar a cópiada caderneta ou do cartão. Caso a conta bancária utilizada for a mesma dos irmãos não precisará da cópia.

**※**　 Caso utilizar a conta bancária da criança/beneficiário o responsável deverá autorizar abaixo.

私は、子ども医療費の助成金が上記の子どもの口座に振り込まれることに同意します。

Eu autorizo utilizar a conta bancária do meu filho/beneficiário para o subsídio de despesas médicas.

Nome do responsável 保護者氏名　　　　　　　　　　　　 　　　　　 印carimbo

※認定欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | 受給資格年月日 | 年　　月　　日 |