

子ども医療費助成受給資格登録申請書

年 月 日

大河原町長 様

住 所

氏 名

申 請 者

電 話

自宅（携帯）： - -

勤務先： - -

次のとおり、関係書類を添えて子ども医療費受給資格の登録を申請します。なお、この申請につき所得に関する調査を実施することに同意します。

保 護 者 (受給者)	フリガナ		性 別	生 年 月 日
	氏 名		男 ・ 女	年 月 日
	職業・勤務先		統一個人番号	
扶養義務者 (配偶者)	フリガナ		性 別	生 年 月 日
	氏 名		男 ・ 女	年 月 日
	続 柄		統一個人番号	
子 ども	フリガナ		性 別	生 年 月 日
	氏 名		男 ・ 女	年 月 日
	続 柄		統一個人番号	
加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 氏 名		記 号 ・ 番 号	
	保 険 の 種 別		国保・国保組合・全国健康保険協会・健保組合・共済・船員・()	
	保 険 者	名 称		
	資 格 取 得 年 月 日		附加給付の有無	
振 込 希 望 金 融 機 関	金融機関名称	支 店 名	口 座 名 義 人	口 座 番 号

処 理 事 項	受 給 資 格	適 ・ 否	否の理由：			
	受給者番号		交付年月日	年 月 日	該 当 年 月 日	年 月 日
	受給者住民CD		子ども住民CD		該 当 理 由	
年 月 日						
上記のとおり決定してよいか伺います。						
決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係 員	受 付	摘 要