

申請書記入例

子ども医療費助成受給資格登録申請書

R〇年 〇 月 〇 日

大河原町長 様

お子様を保険の扶養に入れている（または入れる予定の）かたの氏名を記入してください。（扶養に入れている方が別居している場合は、同居の保護者の名前）

住 所 大河原町字新南 1 9

氏 名 大河原 一郎

申 請 者

自宅（携帯）： 0224 - 53 - 2114

電 話

勤務先： 0224 - 53 - 3818

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。受給者本人、配偶者の通知カードまたは個人番号カードに記載されている 12桁のマイナンバー を正確に記入してください。

保 護 者 (受 給 者)	フリガナ	オオガワラ イチロウ	性 別	男 ・ 女	生 年 月 日	H 1 年 1 0 月 1 日
	氏 名	大河原 一郎	統一個人番号	1234 5678 9012		
扶養義務者 (配偶者) ※妻または夫	フリガナ	オオガワラ ハナコ	性 別	生 年 月 日		
	氏 名	大河原 花子	男 ・ 女	H 5 年 1 2 月 1 日		
	続 柄	妻	統一個人番号	2109 8765 4321		
子 ども	フリガナ	オオガワラ さくら	性 別	男 ・ 女	生 年 月 日	R 6 年 4 月 1 日
	氏 名	大河原 さくら	統一個人番号	—		
加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 氏 名	大河原 一郎	記 号 ・ 番 号	0830	1715	
	保 険 の 種 別	国保・国保組合・国民健康保険協会・健保組合・共済組合（任意）				
	保 険 者 名 称	全国健康保険協会				
	資 格 取 得 年 月 日					
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		
	七十七銀行	大河原支店	オオガワラ イチロウ	1234567		

口座は、受給者名義の普通預金の口座になります。
ゆうちょも登録できます。

※この欄は役場で記入しますので、何も記入しないでください。

お子様の父・母（または養育者）のうち、前年の1月1日時点で大河原町以外に住民登録があったかたは、裏面の同意書の記入をお願いいたします。