

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	主 幹	係 長	係 員	受 付
						摘 要