

様式第1号（第2条関係）

子ども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

宝達志水町長 様

申請者 (保護者)	ふりがな		性別	生年月日
	氏名	⑩	男・女	年 月 日
	住所			
	電話番号		職業	
	続柄	父・母・その他（ ）	勤務先	
対象子ども	1	ふりがな	性別	生年月日
		氏名	男・女	年 月 日
	2	ふりがな	性別	生年月日
		氏名	男・女	年 月 日
加入保険	被保険者氏名		附加給付の状況	
	保険者名称			
	保険者所在地			
	記号番号			
医療費振込先	金融機関名		口座番号	名義人
	銀行 本店 信用金庫 支店 農協 支所		普通	ふりがな

子ども医療費助成の確認に必要な住民情報及び税関係情報の記録を宝達志水町長が調査することに同意します。	(保護者) 氏名 ⑩
--	---------------

※ 健康保険証のコピーを1部添付すること。

※ 申請者は、給付対象子どもと同居し、養育している保護者です。