

子ども医療費受給資格登録申請書

越前町長 様

次のとおり子ども医療費受給資格の登録について申請します。

		申請日	年 月 日	
申請者(保護者)	ふりがな			子どもの続柄
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
	住所	TEL		
子ども	ふりがな			性別
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
加入医療保険	記号番号		資格取得年月日	年 月 日
	保険者の名称及び所在地			付加給付
		都道府県		有・無
振込先	金融機関名	銀行・農協 金庫・信漁連		本・支店
	口座名義人	氏名(カタカナ)		
	口座番号	普通		

提出又は添付書類等

- 1 子どもの被保険者証等の写し
- 2 振込先のわかるもの(通帳・カード等)

※審査欄

受給資格	有・無	交付年月日	年 月 日 確認 ㊟
住所要件	年 月 日 出生・転入 から居住		