

子ども医療費受給資格登録申請書

保護者 (受給者)	ふりがな	性別	男・女	生年月日	年 月 日
	氏 名			個人番号	
	住 所				
	1月1日現在の住所				

子ども	受給者番号	申請事由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他		
	ふりがな	性別	男・女	生年月日	年 月 日
氏 名					

子ども	受給者番号	申請事由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他		
	ふりがな	性別	男・女	生年月日	年 月 日
氏 名					

子ども	受給者番号	申請事由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他		
	ふりがな	性別	男・女	生年月日	年 月 日
氏 名					

振込口座	金融機関名	支店名	普通 当座	口座番号	
	銀行・農協 金庫・信組	本店 支店		名 義	フリガナ 氏 名

加入保険	保 険 者 名	保 険 者 番 号	
	記 号 番 号	事 業 所 名	
	被 保 険 者 名		

上記のとおり、子ども医療費受給資格の登録を申請します。

なお、次の条件を付して所得・課税状況を調査することを同意します。

- 1 期 間 子ども医療費の受給資格取得日から資格を喪失するまで。
- 2 目 的 子ども医療費助成に係る県補助金対象の有無等を確認するため。
- 3 その他 調査結果を目的外に使用しない。

年 月 日

中島村長

住所

氏名

電話 (— —)