

様式第1号 (第3条関係)

決 裁	決裁権者	課長	副課長	主査	担当	受付	平成	年	月	日
						決裁	平成	年	月	日
						交付	平成	年	月	日

記号番号	
------	--

こども医療費受給資格登録申請書

平成 年 月 日

横瀬町長 加藤嘉郎 様

申請者 住所 横瀬町大字

氏名

(TEL )

下記のとおり、受給資格登録を申請します。  
記

受給資格者	フリガナ		性別	生	年	月	日
	氏名		男・女		年	月	日
	住所	横瀬町大字			対象児との続柄		

フリガナ		性別	生	年	月	日
対象児氏名		男・女	平成	年	月	日

加入医療保険	国保 ・ 社保	記号・番号	保険者名	所在地	附加給付	有・無	内 容

振込口座 (受給資格者名義のもの)

金融機関	銀行		支店							
金融機関番号	店番号	預金種別	口座番号							
名義人(カナ)										

- (注) 1 申請者欄は、原則としてこども医療費の支給を受けようとする保護者を記入してください。
- 2 この申請を行う場合は、対象児の加入医療保険を証する書類の添付が必要です。