|  |
| --- |
| 様式第1号(第2条、第4条関係) |
| 子ども医療費( | 受給資格登録受給資格証交付 | )申請書 |
| 申請年月日　　　　　　年　　　月　　　日　　高原町長　　殿申請者　住所　高原町大字　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印　TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　　子どもに係る医療費の助成を受けたいので、下記のとおり子ども医療費受給資格の登録及び子ども医療費受給資格証の交付を申請します。記 |
| 　 | 子ども | ふりがな | 　 | 男・女 | 生年月日年　　　月　　　日 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 住所 | 高原町大字 |
| 医療保険 | 保険種別 | 協　・　組　・　日　・　船　・　共　・　国　・　国組 |
| 被保険者証等の記号・番号 | 　 |
| 保険者名 | 　 |
| 附加給付 | 有　　・　　無 |
| 資格取得年月日 | 　 |
| 振込先口座 | 銀行・金庫農協・組合 | 本店・支店　　　　本所・支所・出張所 |
| 口座番号 | 　 | 普・当 | フリガナ | 　 |
| 口座名義 | 　 |
| 　 |
| 　 | ※処理欄 | 受給者番号 | 　 | 備考 | 　 |
| 交付年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 　注)※を付した欄は、記入しないでください。 |
| 　 | 受給資格証受領印欄 | 　 |
| 　 |
| 　 |