

様式第1号（第4条関係）

子ども医療費受給者証交付申請書

美浜町長 様

次のとおり、子ども医療費受給者証の交付を申請します。

なお、子ども医療費の助成金の支給決定のため、私の世帯状況その他助成金の支給に関し必要な情報を町長が公簿で調査することに同意します。 太枠の中のみ御記入ください。

		申請日	令和 年 月 日			
申請者(保護者)	ふりがな氏名	子どもとの続柄	父・母・( )			
		申請者の生年月日	年 月 日			
	住所	美浜町	昼間の連絡先電話番号	自宅 ( ) 携帯 ( )		
加入健康保険	種類	1 国保 2 退職 3 国組 4 協会 5 日雇 6 組合 7 船員 8 共済 9 その他 ( )				
	保険者名		記号・番号			
	付加給付	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (自己負担限度額 )				
子ども	ふりがな氏名	性別	生年月日	同居別居	現住所 (別居の場合のみ記入)	資格審査
	1	男・女	年 月 日	同・別		
	2	男・女	年 月 日	同・別		
	3	男・女	年 月 日	同・別		
	4	男・女	年 月 日	同・別		
	5	男・女	年 月 日	同・別		
	6	男・女	年 月 日	同・別		
振込金融機関先	現在、美浜町で子ども医療費の助成を受給中の方は口座記入不要です。					
	銀行 信用金庫 農協 労働金庫	営業部 支店 出張所 支店	普通預金 口座番号			
			口座名義 (カタカナ)			

(添付書類) 社会保険各法における被保険者証、加入者証又は組合員証 (付加給付がある場合は、その内容がわかるもの)  
普通預金通帳の写し(名義カタカナ、銀行名、支店名等が表示されたページ)(現在、受給中の方は不要)

資格取得日	交付年月日
年 月 日	令和 年 月 日

受給者証 受領者氏名	
---------------	--