

様式第1号

子ども医療費受給資格認定申請書

比布町長様

令和 年 月 日

保護者住所 比布町

氏名

電話番号 () -

子ども医療費受給者証の交付を申請します。

私は、子ども医療費の受給決定に必要な公簿(町民税課税台帳等)を閲覧し、確認することに同意します。

子ども医療費の支払いについては、私の指定する下記の預金口座に振り込むことに同意します。

受給対象者の状況	※受給者証番号				
	受給対象者氏名	ふりがな 氏名	ふりがな 氏名	ふりがな 氏名	
	生年月日	平成・令和 年 月 日生 (満 才)	平成・令和 年 月 日生 (満 才)	平成・令和 年 月 日生 (満 才)	
	保護者との続柄	(男)・(女)・()	(男)・(女)・()	(男)・(女)・()	
	保護者との同居別居の別	同居 ・ 別居	同居 ・ 別居	同居 ・ 別居	
	父母の氏名			※その他特記事項	
	生年月日	年 月 日	年 月 日		
	個人番号				
加入医療保険	保険種別		記 号 番 号	附加 給付	有 ・ 無
	被保険者証 発行機関		所在地		
口座番号	金融機関		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	支店名	本店 支店
	口座番号	(普通・当座)	(カタカナ) 口座名義人		

添付書類等	<input type="checkbox"/> この申請にあたって、「被保険者証」の写しを別紙に添付する。	※收受印
	<input type="checkbox"/> 比布町国民健康保険加入のため、「被保険者証」の添付を省略 令和 年 月 日 国保台帳で確認(国保医療係 印)	
	<input type="checkbox"/> 資格取得日について住基情報で確認	