様式第１号(第３条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 課長 | 主幹 | 主査 | 担当 | 年　　月　　日 | |
|  |  |  |  | 決裁 | 年　　月　　日 |
| 受付 | 年　　月　　日 |

子育て支援医療費受給資格登録申請書兼台帳

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | 受給者番号 | |  | | |
| 年　　月　　日  　川島町長　　　　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　 (　　　　)  　下記のとおり受給資格登録を申請します。 | | | | | | | | | | |
| 保護者 | ふりがな | |  | | | | 生年月日 | | | |
| 氏名 | |  | | | | 年　　　月　　　日 | | | |
| 住所 | |  | | | | 児童からみた続柄 | | |  |
| ふりがな | | |  | | | | 生年月日 | | | |
| 児童氏名 | | |  | | | | 年　　　月　　　日 | | | |
| 加入  保険 | 区分 | 記号・番号 | | 保険者名 | 保険者電話番号 | | | | 附加給付の内容 | |
| 国保  社保 |  | |  | TEL　　―　　― | | | |  | |
| 支払依頼  金融機関 | | | | 銀行・農協・信用金庫　　　　　　　 支店  メイギ  名　義　　　　　　　　　　　　　口座番号 | | | | | | |

※必要書類：①児童の保険証、②支払依頼金融機関（保護者名義）の通帳またはキャッシュカード

様式第１号(第３条関係)

記　入　例

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 課長 | 主幹 | 主査 | 担当 | 年　　月　　日 | |
|  |  |  |  | 決裁 | 年　　月　　日 |
| 受付 | 年　　月　　日 |

子育て支援医療費受給資格登録申請書兼台帳

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | 受給者番号 | |  | | |
| 令和〇年〇月〇〇日  　川島町長　　　　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所　川島町大字下八ツ林870番地1  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　川島　かわべえ  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　０４９ ( ２９９ ) １７６５  　下記のとおり受給資格登録を申請します。 | | | | | | | | | | |
| 保護者 | ふりがな | | かわじま　かわべえ | | | | 生年月日 | | | |
| 氏名 | | 川島　かわべえ | | | | 昭和△年　△月　△日 | | | |
| 住所 | | 川島町大字下八ツ林870番地1 | | | | 児童からみた続柄 | | | 父 |
| ふりがな | | | かわじま　かわみん | | | | 生年月日 | | | |
| 児童氏名 | | | 川島　かわみん | | | | 平成☆年　☆月　☆日 | | | |
| 加入  保険 | 区分 | 記号・番号 | | 保険者名 | 保険者電話番号 | | | | 附加給付の内容 | |
| 国保  社保 | 1234・  　5678－02 | | ××保険組合 | TEL000―000―0000 | | | |  | |
| 支払依頼  金融機関 | | | | 埼玉りそな　銀行・農協・信用金庫　　東松山　 支店  メイギ　カワジマ　カワベエ  名　義　川島　かわべえ　　　　口座番号　1234567 | | | | | | |

※必要書類：①児童の保険証、②支払依頼金融機関（保護者名義）の通帳またはキャッシュカード