

様式第1号

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

	記号番号
--	------

健康福祉課へ提出した日 **××年××月××日**

川島町長様

保護者もしくは生計維持者です。

申請者 住所 **川島町大字平沼1175**
 氏名 **川島太郎** 印
 (電話**297-1811**)

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 たろう	性 別	生 年 月 日		
	氏名	川島太郎	男・女	昭和50年	3月	25日
	住所	川島町 大字平沼1175		児童との続柄	父	

ふりがな	かわじま はなこ	性 別	生 年 月 日		
児童氏名	川島花子	男・女	平成21年	1月	27日

加 入 保 険	区分	記号・番号	保 険 者	所在地及び電話番号	付加給付の内容
	国保	川島・0000	川島町国民健康保険	TEL	— —
社保			TEL	— —	
お子さんが加入されている医療保険です。 保護者名義になります。			支 払 依 頼 金 融 機 関	△△△ 銀行・農協・信用金庫 △△ 支店 名義 川島太郎 口座番号 ×××××	