

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	
					年 月 日	
川 島 町 長 様						
申請者 住所 川島町						
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		性 別	生 年 月 日		
	氏名		男・女	年 月 日		
	住所	川島町	児童との続柄			
ふりがな			性 別	生 年 月 日		
児童氏名			男・女	年 月 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			TEL — —		
	社保			TEL — —		
支 払 依 頼 金 融 機 関			銀行・農協・信用金庫 支店 名義 口座番号			