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