

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	
<p style="text-align: right;">子育て支援課へ提出した日 ××年××月××日</p> <p>川島町長 様</p> <p>保護者もしくは生計維持者です。</p> <p>申請者 住所 <b>川島町大字下八ツ林870番地1</b>          氏名 <b>川島太郎印</b>          電話 <b>(297)1811</b></p> <p>下記のとおり受給資格登録を申請します。</p>						
保 護 者	ふりがな	<b>かわじま たろう</b>			生 年 月 日	
	氏 名	<b>川 島 太 郎</b>			<b>昭和50年 3月 25日</b>	
	住 所	<b>川島町大字下八ツ林870番地1</b>			児童との続柄	<b>父</b>
ふ り が な	<b>かわじま はなこ</b>			生 年 月 日		
児 童 氏 名	<b>川 島 花 子</b>			<b>平成21年 1月 27日</b>		
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	<b>川島・0000</b>	<b>川島町国民健康保険</b>	TEL — —		
	社保			TEL — —		
			支 払 依 頼 金 融 機 関	<b>△△△ 銀行・農協・信用金庫 △△ 支店</b> 名義 <b>川島太郎</b> 口座番号 <b>×××××</b>		

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。