

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 川島町大字下八ツ林870番地1 氏名 川島太郎印 電話 (297)1811</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	かわじま たろう			生 年 月 日	
	氏 名	川 島 太 郎			昭和50年 3月 25日	
	住 所	川島町大字下八ツ林870番地1			児童との続柄	父
ふ り が な	かわじま はなこ			生 年 月 日		
児 童 氏 名	川 島 花 子			平成21年 1月 27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	川島・0000	川島町国民健康保険	TEL — —		
	社保			TEL — —		
			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 ×××××		

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。