

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				児童との続柄		
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			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			