

子どもの医療費受給資格者証交付申請書

令和 年 月 日

志賀町長 様

(申請者) 千  
住 所  
氏 名  
電 話 番 号

子どもの医療費助成受給資格の認定を受けたいので、申請します。

子ども	ふりがな		生年月日	平成 年 月 日		
	氏名			令和 年 月 日		
	住所		性別	男・女	就学による 町外対象者	<input type="checkbox"/>
	資格取得 年月日	平成 年 月 日	受給資格者 番号			
保護者	氏名		生年月日	年 月 日		
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		個人番号		
	子どもとの 続柄		電話番号			
	配偶者	氏名		住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	
個人番号						
加入保険	記号番号		保険者番号			
	被保険者 氏名					
	保険者名					
振込口座	銀行 信用金庫 農協 信漁連	本店 支店 出張所	口座種別	1 普通 2 当座		
	口座番号					
	口座名義 (保護者名義)	<カタカナで記入>				

※ 志賀町に住所を有する保護者の被扶養者であって、就学のために転出し、その転出先自治体において医療費助成の対象とならない場合に申請するときは、就学を証明する書類 (在学証明書、学生証の写し等) を添付すること。

同意欄	<p>子ども医療費助成の受給資格認定のため、志賀町が世帯全員の税情報そのほか必要な事項について調査することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">氏名 (申請者)</p>
-----	---