

第 1 号様式(第 3 条関係、第 5 条関係)

野辺地町子ども医療費受給資格証交付(更新)申請書 (兼同意書)

年 月 日

野 辺 地 町 長 宛

野辺地町子ども医療費給付条例施行規則第3条第1項（第5条第1項）の規定により、受給資格の認定（更新）を申請します。

受給資格の審査に当たり、申請者（保護者）に関する情報を公簿等で確認することに同意します。

保 護 者	フリガナ								生 年 月 日				配 偶 者			
	氏 名								年 月 日				有 ・ 無			
	個人番号															
	住 所	電話番号： — —														
	振 込 先	銀 行		信用金庫		農 協		口座名義人								
		本 店		支 店		出 張 所		店 番 号		口 座 番 号				種 別		
														普 通 座		
配 偶 者	フリガナ								生 年 月 日				住 所			
	氏 名								年 月 日				※保護者と別住所の場合のみ記入			
	個人番号															
対 象 児 童	フリガナ								生 年 月 日				受給資格証番号			
	氏 名								年 月 日							
	フリガナ								生 年 月 日				受給資格証番号			
	氏 名								年 月 日							
	フリガナ								生 年 月 日				受給資格証番号			
	氏 名								年 月 日							
	フリガナ								生 年 月 日				受給資格証番号			
	氏 名								年 月 日							

加入医療保険	保 険 種 類		記 号 ・ 番 号	
	国保 ・ 社保 ・ 共済			
	その他 ()			