

様式第1号(第2条関係)

決 裁	決裁権者					受付	年 月 日
						決裁	年 月 日
						交付	年 月 日

乳幼児医療費受給資格登録申請書

第 年 月 日 号

神川町長 様

申請者 住所
氏 名 ⑩

次のとおり受給資格登録を申請します。

保 護 者	ふりがな		性別	生 年 月 日	
	氏 名		男・女	年 月 日	
	住 所			乳幼児との続柄	
	ふ り が な		性別	生 年 月 日	
	乳 幼 児 氏 名		男・女	年 月 日	
加 入 保 険	国 保 ・ 社 保	記号・番号	保 険 者	所 在 地	附 加 給 付
					有・無 内 容
振 込 口 座 (受給資格者名義のもの)					
金 融 機 関	銀行 信用金庫 農協 本店 支店				
金 融 機 関 番 号	店 番 号	預 金 種	口 座 番 号		
名 義 人 (カナ)					