様式第１号（第３条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 決裁権者 | 　 | 　 | 　 | 　 | 受付 | 年　　月　　日 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 決裁 | 年　　月　　日 |
| 交付 | 年　　月　　日 |

|  |
| --- |
| こども医療費受給資格登録申請書第　　　　　号　年　　月　　日　　神川町長　　　　様申請者　住所　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　次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 | 個人番号： | 年　　月　　日 |
| 住所 | 　 | こどもとの続柄 | 　 |
| ふりがな | 　 | 生年月日 |
| こども氏名 | 個人番号： | 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　　　　　　　　　　本店　　　　　　　　　　農協　　　　　　　　　　　　支店 |
| 金融機関番号 | 店番号 | 預金種 | 口座番号 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 名義人　　(カナ) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| ジェネリック医薬品を希望する旨の受給資格証への記載について | 記載する　　記載しない |