

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 年 月 日 号

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	
					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）						
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		