

様式第1号(第3条関係)

決 裁	町 長	副町長	課 長	副課長	係 長	主 査	係	受 付	日	年	月	日
	記 入 例									年	月	日
										年	月	日

記 号 番 号

こども医療費受給資格登録申請書

申請日をご記入ください

(あて先) 平成 ○○年 ○○月 ○○日
三 芳 町 長

住 所 三芳町大字藤久保1100-1

氏 名 三芳 太郎

電話番号 258-0019

父または母のうち生計維持者が申請者となります

申請者

保 護 者	ふりがな	みよし たろう	性 別	生 年 月 日
	氏 名	三 芳 太 郎	男・女	昭和53年 10月 1日
	住 所	同 上	子どもとの続柄	父(または母)

ふりがな	みよし みらい	性 別	生 年 月 日
子どもの氏名	三 芳 未 来	男・女	平成 23年 11月 5日

加 入 保 険	記 号・番 号	保 険 者 名
	1 2 3 ・ 4 5 6 7	○○○○健康保険組合

支 払 希 望 金 融 機 関	名 称	預 金 種 目	口 座 番 号	ふ り が な 預 金 名 義
	埼玉県りそな銀行 支店名 鶴瀬支店	普通預金 当座預金	1 2 3 4 5 6 7	みよし たろう 三 芳 太 郎

必ず申請者名義の口座としてください。こども、配偶者名義は不可です