

課長	主査	グループ

様式第1号(第2条関係)

## 子ども医療費受給資格者登録申請書

令和 年 月 日

美幌町長 様

住所 \_\_\_\_\_  
 申請者 氏名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_  
 個人番号 \_\_\_\_\_

子ども医療費受給資格の登録を受けたいので申請します。  
 なお、受給資格の審査にあたり、私及び扶養義務者の課税台帳の公簿を閲覧することに同意します。

受給資格者	氏名		個人番号		性別	生年月日	
					男・女	年 月 日 才	
					男・女	年 月 日 才	
加入医療保険	種別	国保	健保	記号	所在地		
		共済	政管	番号	保険者		
	被保険者の氏名						
保護者	氏名		生年月日		勤務先		
	父						
	母						

◎字は、楷書(かいしよ)ではっきり書いてください。署名により、記名押印を省略することができます。

備考	受給資格者番号						
	第 子 出生・転入						
	児童手当					イ. 認定 …… 同日 手続済	受付印
						ロ. 額改定 …… 同日 手続済	
					ハ. 職場で手続き		
					ニ. その他		

※ 審 査(この欄は記入しないでください。)

確 認 者	
所 得 の 状 況	公簿確認 証明書添付 ( )
道補助対象区分	補助対象 補助対象外
備 考	