

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 _____

氏名 _____

申請者 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 共済 政管	記号 番号		所在地		
	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 ロ. 額改定 …… 同日 手続済 ハ. 職場で手続き ニ. その他					受付印

※ 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	