

こども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

毛呂山町長 あて

申請者住所

氏 名

電話番号

下記のとおり登録申請をします。

こども医療費受給資格要件の該当性を審査するための公簿等の確認を行うことに同意します。	受給資格者氏名
児童手当の申請内容に併せ、同様の内容として申請する。	※ 公務員・町外で児童手当を受けている場合「いいえ」のみ 1. はい 2. いいえ
ジェネリック医薬品を希望する旨を受給資格者証に記載する。	1. はい 2. いいえ
対象児加入保険	1. 毛呂山町国民健康保険（公簿確認） 2. その他（被保険者証写し添付）

※児童手当の申請内容に併せる場合、以下の記載は不要です。

受給資格者	フリガナ		生年月日
	氏名		年 月 日
	個人番号		
	住所		

対象児	フリガナ		続柄	生年月日	※受給番号
	氏名			年 月 日	
	個人番号				
	フリガナ		続柄	生年月日	※受給番号
	氏名			年 月 日	
	個人番号				
	フリガナ		続柄	生年月日	※受給番号
	氏名			年 月 日	
	個人番号				

受 給 者 口 座	銀行・信用金庫・農協							本・支店	
	普通 ・ 当座	口座番号							
	名義人 (カナ)								