

記入例

子ども医療費受給資格登録申請書

子ども課に提出する日

令和 〇 年 〇 月 〇 日

毛呂山町長 あて

養育者のうち所得の高い方が受給資格者になります

※ 現在中学生以下を養育し、児童手当を受けている場合は同じ受給資格者をご記入ください

申請者住所 毛呂山町〇〇〇〇

氏名 毛呂山 太郎

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

下記のとおり登録申請をします。

子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 毛呂山 太郎
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方 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)

2. いえに〇印を記入

どちらかに〇印を記入

該当する方に〇印を記入

※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	モロヤマ タロウ	生年月日
	氏名	毛呂山 太郎	〇年〇月〇日
	個人番号	記入不要	
	住所	毛呂山町〇〇〇〇	

対象児	フリガナ	モロヤマ ハナコ	続柄	生年月日	※受給番号
	氏名	毛呂山 花子	子	〇年〇月〇日	記入不要
	個人番号	記入不要			
	フリガナ		続柄	生年月日	※受給番号
	氏名			年 月 日	記入不要
	個人番号	記入不要			
			続柄	生年月日	※受給番号
				年 月 日	記入不要
	個人番号	記入不要			

対象児童をご記入ください
(平成17年4月2日~平成20年4月1日
生まれで、毛呂山町に住民登録がある児童)

受給者口座	〇〇〇	銀行・信用金庫・農協	〇〇	本	支店				
	普通・当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	名義人(カナ)	モロヤマ タロウ							

受給資格者名義の口座をご記入ください

※ 所得等に伴い受給資格者に変更が生じた場合は、子ども課にお問い合わせください