

別記第1号様式(第7条)

児童医療費受給資格登録申請書

年 月 日

横芝光町長 様

横芝光町児童医療費受給資格登録申請をします。

登 録
区 分

入学・転入・その他

保護者	住 所	〒					
	フリガナ				性 別	生年月日	
	氏 名	印			男・女	年 月 日	
	児童との 続 柄			電話番号	()		
児童	住 所	〒					
	フリガナ				性 別	生年月日	
	氏 名				男・女	年 月 日	
	所 属 学校	学校 (学年： 年生)		他制度適用	重度医療・ひとり親・ その他()		
※加入医療保険 (児童)	保 険 者 名						
	保 険 者 番 号				被 保 険 者、組 合 員 又 は 世 帯 主 の 氏 名		
	記 号 番 号	記 号				番 号	
	資 格 取 得 年 月 日	年 月 日					
※振込口座 (保護者名義)	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協					
	支 店 名	本店 ・ 支店					
	口 座 番 号	普通口座					
	フリガナ						
	口座名義人						
所得状況確認同意書							
高額療養費算出のため、世帯の所得状況を税務課の課税台帳により確認することに、同意します。							
						氏名	印

※ 加入医療保険欄及び振込口座欄については、対象児童の保険証及び保護者名義通帳の写しで省略できます。