|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 泉崎村こども医療受給資格登録申請書    申請事由　【　□出生　・　□転入　・　□加入保険変更　・　□保護者変更　】 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保  護  者 | ふりがな  氏　　　　名 |  | | | | | | | | | | | | | | 生　　年　　月　　日 |
|  | | | | | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 |
| 個　人　番　号 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 振　込　口　座 | 金融機関名 | | | | | | | 支店名 | | | | | | | 口座番号 |
| 普通  当座 |
| こ  ど  も | ふりがな  氏　　　　名 |  | | | | | | | | | | 男　・　女 | | | | 生年月日 |
|  | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 |
| 加  　入  　保  　険 | 被保険者 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者番号 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 記号・番号 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり、こども医療費受給資格証の登録を申請します。  　　なお、次の条件を付して所得・課税状況を調査することに同意します。  　１　期　間　こども医療費の受給資格取得日から資格を喪失するまで。  　２　目　的　こども医療費助成に係る県補助金対象の有無を確認するため。  　３　その他　調査結果を目的外には使用しない。  年　　　月　　　日  泉 崎 村 長  住　所  氏　名  （電話　　　　－　　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |

※処理欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受給者番号 | 加入保険 |  |
|  | 資 格 取 得日 | 年　　　月　　　日 |