

様式第 1 号（第 2 条関係）

交 付	電 算 入 力	発 行	受 給 資 格 要 否
			要 否

子ども医療費受給資格登録申請書					
年 月 日					
日高川町長 様					
申請者 住 所 氏 名					
受 給 者	ふりがな				
	氏 名				
	個人番号				
	男女の別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日	
	住 所	(TEL ー)		子どもとの続柄	
	職 業		勤 務 先		
子 ど も	ふりがな				
	氏 名				
	個人番号				
	男女の別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日	
	住 所				
加 入 保 険	記 号 番 号				
	保 険 者				
	所 在 地				
	被 保 険 者 氏 名				
	附加給付の状況	有 ・ 無			

同 意 書	
受給資格の決定に際して、受給資格喪失までの毎年、日高川町長が住民課税台帳を閲覧し所得状況等を確認することに同意します。	
日高川町長 様	受給者氏名

太線枠は記入しないで下さい。