

第1号様式(第2条関係)

こども医療費助成金受給資格認定申請書										
								年	月	日
北谷町長 様										
住所										
申請者										
(保護者)										
氏名 _____ 印 _____										
児 童 氏 名			生 年 月 日			性 別		続 柄		
			年 月 日生							
保 護 者	氏 名					電 話				
	勤務先					勤務先電話				
加 入 医 療 保 険	保 険 の 種 類									
	被 保 険 者 氏 名									
	記 号 ・ 番 号		記号				番号			
	保 険 者 所 在 地									
	保 険 者 名 称									
	附 加 給 付 の 有 無		有 ・ 無		給 付 割 合					
口座振込先										
口 座 番 号		カタカナ								
		名 義 人								
受給資格者証記号番号		記号	谷 子	番号						
交 付 年 月 日		年 月 日								
受 給 期 間		開始日	年 月 日から			開 始 理 由	1 出生			
		入 院	年 月 日まで				2 転入(より)			
		外 来	年 月 日まで				3 生保廃止(より)			
備 考					4 その他					
					. . . ()変更					
					. . . ()変更					
			. . . ()変更							