

様式第1号(第2条関係)

| | | | |
|----|--|----------|--|
| 受付 | | 認定 交付 | |
|----|--|----------|--|

年 月 日

(あて先)合志市長

子ども医療費受給者証交付申請書

| | | | | | | |
|--------------------------|---|-------|----------|------------|-------|---|
| 対象者 | フリガナ 氏名 | | 生年月日 | | 受給者番号 | |
| | | | 年 月 日 | | | |
| | | | 年 月 日 | | | |
| | | | 年 月 日 | | | |
| 加入 保険 | 記号・番号 | | | 被保険者 氏名 | | |
| | 保険者番号 | | | | | |
| | 保険者名 (保険証の名称) | | | 続柄 | | |
| ※主として生計を維持する親権者を記入してください | | | | | | |
| フリガナ | | | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 月 日 | |
| 受給者氏名 | (※本人署名の場合は押印不要) <div style="text-align: right;">印</div> | | 続柄 | | | |
| | | | 電話番号 | | | |
| 住所 | 合志市 | | | | | |
| ※医療費の振込先を記入してください | | | | | | |
| 振込希望 金融機関 | | | 銀行 農協 | 支店 支所 | | |
| | 口座番号 | 普通・貯蓄 | | | | |
| | 口座名義人カナ | | | | | |
| ゆうちょ銀行 | 記号 | | | 番号 | | 1 |
| | 普通・貯蓄・その他 | | | 口座名義人カナ | | |