

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		