

第1号様式（第2条関係）

こども医療費受給資格登録申請書												
申請事由【 <input type="checkbox"/> 出生 ・ <input type="checkbox"/> 転入 ・ <input type="checkbox"/> 加入保険変更 ・ <input type="checkbox"/> 保護者変更 】												
受給者番号												
こども氏名		フリガナ		性別	男 女	生年月日	年 月 日					
受給者番号												
こども氏名		フリガナ		性別	男 女	生年月日	年 月 日					
受給者番号												
こども氏名		フリガナ		性別	男 女	生年月日	年 月 日					
保護者氏名		フリガナ		続柄	父 母	生年月日	年 月 日					
個人番号												
加入 保険	被保険者					続柄	父・母	生年月日				
	個人番号							保険者番号				
	事業所名							記号・番号				
振込 口座	金融機関名・支店名				口座番号				口座名義人(カナ氏名)			
					普通 当座							
<p>上記のとおり、こども医療費受給資格の登録を申請します。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>2 目的 こども医療費助成に係る県補助金対象の有無等を確認するため。</p> <p>3 その他 調査結果を目的外には使用しない。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>白河市</p> <p style="text-align: right;">住所 氏名 (電話 —)</p> <p style="text-align: right;">④</p>												