様式第1号

子ども医療費助成資格登録申請書

年　 　月　 　日

　　　珠 洲 市 長

申請者　住所

電話番号 (　　　　)　　-

氏　　名

個人番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | フリガナ | 住所 | | 生年月日 | | 子どもとの続柄 | 職業 | 振込先 | 銀行 | |
| 氏名 |
| 支店 | |
| 子ども |  |  | | 年　月　日 | |  | | フリガナ |  | |
|  |
| 口座名義 |  | |
|
| 保護者 |  |  | | 年　月　日 | |  |  |
|  | 預金種目 | 普通　・　当座 | |
| 被保険者 |  |  | | 年　月　日 | |  |  | 口座番号 |  | |
|  |
|
| 加入保険 | 記号番号 | 資格取得日 | 年　月　日 | 保険者名 |  | | | 助成期間 | 入院  通院 | 年　月　日から  年　月　日まで |
|  | 証発行日 | 年　月　日 | 所在地 |  | | |
|  | | | | | | | | 登録番号 |  | |