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 |  |