

様式第1号（第3条関係）

受給者番号		転入日	年	月	日
子ども医療費受給資格登録申請書 年 月 日 久喜市長 あて 申請者 住 所 (TEL) 氏 名					
保護者	ふりがな		生	年	月 日
	氏 名		年	月	日
	住 所				
	電話番号		子どもとの続柄		
ふりがな		生	年	月	日
子どもの氏名		年	月	日	
加入保険	記号・番号	保 険 者 名	所 在 地		
振込先金融機関		支店名			
口座番号		フリガナ 口座名義人			

*太枠の中を記入してください。

市民税の 状況	課税・非課税
------------	--------