

様式第1号(第3条関係)

受給者番号		転入日	年	月	日
<p>子ども医療費受給資格登録申請書</p> <p>年 月 日</p> <p>久喜市長 あて</p> <p>申請者 住 所 久喜市</p> <p>(TEL)</p> <p>氏 名</p> <p>子ども医療費受給資格証の交付及び支給決定にあたり必要がある場合は、申請者及び世帯員の住民基本台帳、所得及び国民健康保険加入の状況並びに日本スポーツ振興センターの災害給付、高額療養費等の給付状況について、久喜市が調査・確認することに同意します。</p>					
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		
	記号 番号	【保険者番号】			
振込先金融機関		銀 行 信用金庫 農 協	支店名	支 店 本 店 出張所	
口座番号	普通 当座	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
------------	--------