

様式第1号(第1条関係)

異動事由 出生 転入 再取得 その他() 世帯番号 台帳 口座登録

決 裁	課 長	係 長	主 査	受付	年 月 日
				伺 決 定	年 月 日 年 月 日
有効 期間	通 院	年 月 日 から 年 月 日 まで	入 院	年 月 日 から 年 月 日 まで	

嘉島町子ども医療費助成に関する条例施行規則により医療費助成を受けたいので、下記のとおり申請します。
また、子ども医療費受給者証の交付要件の決定の為に必要があるときは、私(生計を一にする世帯全員、その他)の所得又は町民税の課税状況について、町長が税務関係当局に報告を求めることに同意します。

子ども医療費受給者証交付申請書

令和 年 月 日

嘉島町長 荒木 泰臣 様

受給申請者 住 所 嘉島町大字
(保護者) (フリガナ) _____
氏 名 _____
生年月日 昭和 _____ 年 月 日
平成 _____ 年 月 日
電話番号 () _____

子 ど も	フリガナ	性 別	男 ・ 女	生 年 月 日
	氏 名			平成 _____ 年 月 日
	フリガナ	性 別	男 ・ 女	生 年 月 日
	氏 名			平成 _____ 年 月 日
	フリガナ	性 別	男 ・ 女	生 年 月 日
	氏 名			平成 _____ 年 月 日
フリガナ	性 別	男 ・ 女	生 年 月 日	
氏 名			平成 _____ 年 月 日	

加 入 保 険	記 号 ・ 番 号	保 険 者 名	附 加 給 付 額
	所在地	Tel () _____	

子ども医療費の支給の際、下記の金融機関の預金口座に振り込んでください。 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの者

金 融 機 関 名	預貯金種別	口 座 番 号	氏 名	生 年 月 日
銀行 支店 農協 支所 () ()	1. 普通			年 月 日生
	2. 当座			年 月 日生
町 民 税 課 税 状 況		所 得 制 限		
年 年 年 年 年 年 年	年 年 年 年 年 年 年			年 月 日生
				年 月 日生