

様式第1号(第1条関係)

異動事由 ☐出生 ☐転入 ☐再取得 ☐その他( )

|        |     |     |     |     |
|--------|-----|-----|-----|-----|
| 決<br>裁 | 課 長 | 係 長 | 主 査 | 副 査 |
|        |     |     |     |     |

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

年 月 日

嘉島町長 様

受給申請者 住所  
(保護者) (フリガナ)

氏 名

生年月日 年 月 日

電話番号 ( ) - (父・母)

※個人番号

※子どもの出生した年の1月1日において町外に住民登録があった場合

|             |      |        |             |         |
|-------------|------|--------|-------------|---------|
| 子<br>ど<br>も | フリガナ | 性<br>別 | 男<br>・<br>女 | 生 年 月 日 |
|             | 氏 名  |        |             | 年 月 日   |
|             | フリガナ | 性<br>別 | 男<br>・<br>女 | 生 年 月 日 |
|             | 氏 名  |        |             | 年 月 日   |
|             | フリガナ | 性<br>別 | 男<br>・<br>女 | 生 年 月 日 |
|             | 氏 名  |        |             | 年 月 日   |
|             | フリガナ | 性<br>別 | 男<br>・<br>女 | 生 年 月 日 |
|             | 氏 名  |        |             | 年 月 日   |

|                  |               |         |           |
|------------------|---------------|---------|-----------|
| 加<br>入<br>保<br>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。

|                           |                    |      |           |
|---------------------------|--------------------|------|-----------|
| 金融機関名                     | 預貯金種別              | 口座番号 | 口座名義人(カナ) |
| 銀行 支店<br>農協 支所<br>( ) ( ) | 1. 普 通 座<br>2. 当 座 |      |           |