

様式第1号（第2条関係）

決裁					受付	年 月 日
					伺	年 月 日
					決定	年 月 日
					発行	年 月 日
受給資格要否			加入保険		付加給付	
要・否（理由）			国保（一般・退職者） 社保		有・無	

児童医療費受給資格登録申請書

年 月 日

さくら市長 様

申請者 住所.....
氏名.....^印

本人自署の場合は押印を省略できます。

電話番号 自宅.....
携帯.....

助成対象者は、父親、母親等になります。

助成対象者	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	続柄	父・母・その他（ ）		
	住所	さくら市		
	職業		勤務先名	

登録する児童名を記入してください。

児童	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	住所	対象者と住所が違う場合のみ記入してください。		

事業所ではなく、加入している都道府県・健康保険組合名等を記入してください。

加入保険	被保険者名	
	記号番号	
	保険者名称	
	所在地	

付加給付の状況

振込先	銀行名		支店名	
	フリガナ		口座番号	
	口座名義	※児童名義の口座には振込めません。		

※太線欄には、申請者は記入しないこと。

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--