

第1号様式（第5条関係）

子ども医療費（乳幼児、児童・生徒）受給資格登録申請書

年 月 日

志木市長 様

住 所
申請者 氏 名
電話番号

次のとおり受給資格登録申請をします。

保 護 者 等	フリガナ		生 年 月 日	
	氏 名		年 月 日	
	住 所	電話番号	対象者と の 続 柄	
※受給資格証番号	フリガナ 対象者（児童）氏名	性 別	生 年 月 日	
		男・女		
		男・女		
		男・女		
加 入 医 療 保 険	国民健康保険 ・ 社会保険 ・ 共済保険			
	記号・番号			
	保険者名	保険者番号		
	所在地	電話番号 ()		
振込口座(保護者等の名義) 下記口座に振込みを依頼します。				
金 融 機 関			銀 行 信用金庫 農 協	本 店 支 店
金 融 機 関 番 号	店番号	普通預金	口 座 番 号	
名 義 人 氏 名			フリガナ	
<p>私は、子ども医療費受給資格登録の審査に当たり、公簿等を子ども支援課が閲覧することに同意いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>氏名(自署)</p>				