

# 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

次のとおり受給資格登録申請をします。 電話番号 ( )

|      |      |                    |                  |       |
|------|------|--------------------|------------------|-------|
| 保護者等 | フリガナ |                    | 生 年 月 日          | 年 月 日 |
|      | 氏 名  |                    |                  |       |
|      | 個人番号 |                    | 対 象 者<br>と の 続 柄 |       |
|      | 住 所  | 申請者に同じ<br>電話番号 ( ) |                  |       |

| ※受給資格証番号 | フリガナ<br>対象者（児童）氏名 | 性 別 | 生 年 月 日 | 個 人 番 号 |
|----------|-------------------|-----|---------|---------|
|          |                   | 男・女 | 年 月 日   |         |
|          |                   | 男・女 | 年 月 日   |         |
|          |                   | 男・女 | 年 月 日   |         |

|        |                         |          |  |  |
|--------|-------------------------|----------|--|--|
| 加入医療保険 | 国民健康保険 ・ 社会保険 ・ 共済保険    |          |  |  |
|        | 記号・番号                   |          |  |  |
|        | 世帯主・被保険者・<br>組合員・加入者の氏名 |          |  |  |
|        | 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<br>信用金庫<br>農 協 |      |         | 本 店<br>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               |      |         |            |

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。

年 月 日

氏名(自署)

備考：確認事項  家計の中心者が保護者になっていますか  
 子どもの健康保険者証の写しまたは資格確認書等の写しは添付されていますか  
※欄は、記入しないでください