入　力	受　付

様式第１号（第３条関係）

子育て支援医療費受給者番号	

子育て支援医療費受給資格登録申請書

加須市長　　様

年　　月　　日

申請者　住　　所

氏　　名

電話番号

次のとおり受給資格登録を申請します。

また、受給資格の審査及び子育て支援医療費の支給決定等に当たり必要がある場合は、加須市が公簿その他の情報により高額療養費及び所得区分等を確認することに同意します。

支給対象者	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名			
	住　所		対象児童との続柄	
	個人番号			
対象児童	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名			
	住　所			
	個人番号			

加入保険	種　類	国保　・　社保	記　号	
	保険者名		番　号	
	保険者番号		世帯主・組合員等氏名	
	保険者所在地		附加給付の有無及び内容	

振込口座	金融機関名	支店名	口座番号	口座名義人
		店番（　　）		

保護者異動　　→　　（理由：　　）

受給資格証　　□未発行・　□発行　　発行日（　　年　　月　　日）

□未回収・　□回収　　回収日（　　年　　月　　日）

└→未回収の場合は、返却をお願いしてください。