様式第1号(第6条関係)

こども医療受給資格登録申請書

令和　　年　　月　　日

西 郷 村 長　様

申 請 者（保護者）　住　所　西郷村

氏　名

電話番号　　―　　―

こども医療費受給資格登録について、次のとおり申請します。

必要書類　**① 通帳・キャッシュカード・口座情報画面のスクリーンショットのいずれか**
② 対象のお子様の健康保険が確認できる資格確認書・資格情報のお知らせ（資格情報通知書）・マイナポータルからダウンロードした「資格情報」画面の写し

被保険者	フリガナ / 氏 名		生年月日	昭和 平成　年　月　日	こどもから見た続柄	父 ・ 母 （　）
	住 所	□ 申請者に同じ　□ 申請者と異なる（住所をご記入ください）		電話番号	申請者と異なる場合ご記入ください ―　―	
こども（対象者）	フリガナ / 氏 名		生年月日	平成 令和　年　月　日	性 別	男 ・ 女
	住 所	□ 申請者に同じ　□ 申請者と異なる（住所をご記入ください） 西郷村				
	フリガナ / 氏 名		生年月日	平成 令和　年　月　日	性 別	男 ・ 女
	住 所	□ 申請者に同じ　□ 申請者と異なる（住所をご記入ください） 西郷村				
	フリガナ / 氏 名		生年月日	平成 令和　年　月　日	性 別	男 ・ 女
	住 所	□ 申請者に同じ　□ 申請者と異なる（住所をご記入ください） 西郷村				

振込先	□ 振込口座を指定する　□ 児童手当口座に同じ　□ 登録済の兄姉の口座と同じ			
	金融機関名	銀行・農協 金庫・信組	支店名	本店・支店 本所・支所 出張所
	口座番号		フリガナ / 名義人	

＊事務処理欄

受給資格証番号	申請事由
①	出生 ・ 転入 ・ 社保加入 ・ 社保変更 ・ 受給者変更 ・ 口座変更 ・ その他（　）
②	
③	

課長	課長補佐等	専門主査	主任	副主任	係員