

## 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。

なお、県補助金対象の確認等のため、世帯の構成員に関する所得情報等の調査をすることに同意します。

申請の際持参するもの :  登録する通帳  対象のお子様の保険証

被 保 険 者	ふりがな		生年 月日	昭和 平成	年 月 日	こどもから 見た続柄	父・母・( )
	氏名		生年 月日	昭和 平成	年 月 日	性別	男・女
こ ど も  ( 対 象 者 )	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる (西郷村 )		電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる — —		
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる (西郷村 )		電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる — —		
こ ど も  ( 対 象 者 )	ふりがな		生年 月日	平成 令和	年 月 日	性別	男・女
	氏名		生年 月日	平成 令和	年 月 日	性別	男・女
こ ど も  ( 対 象 者 )	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる (西郷村 )		電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる — —		
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる (西郷村 )		電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる — —		
振 込 先	金融機関名			銀行・農協 金庫・信組	支店名	本・支店 本・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	付加給付														
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	有 ・ 無														
②	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 12.5%;">課長</th> <th style="width: 12.5%;">主幹</th> <th style="width: 12.5%;">課長補佐</th> <th style="width: 12.5%;">専門主査</th> <th style="width: 12.5%;">係長</th> <th style="width: 12.5%;">主任主査</th> <th style="width: 12.5%;">主査・係員</th> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	課長	主幹	課長補佐	専門主査	係長	主任主査	主査・係員								
課長	主幹	課長補佐	専門主査	係長	主任主査	主査・係員										
③																