

様式第1号 (第4条関係)

※大崎市記載処理欄	処理事項	年 月 日 処 理 済	受付者			受給者証番号		
	所得判定	適・否	否の理由	交 付 年月日	年 月 日	有 効 期 間	年 月 日から	
					月 日			年 月 日まで
	申請の事由	出 生 ・ 転 入 ・ 受給者変更（ 婚姻 ・ 離婚 ・ 受給者の転出 ・ 受給者死亡 ） その他（ ）						

子ども医療費助成受給資格登録申請書

大 崎 市 長 様

年 月 日

申請者（保護者）

配偶者

氏名

氏名

(生年月日 年 月 日)

(牛年月日 年 月 日)

(個人番号)

(個人番号)

(子どもとの続柄)

(子どもとの続柄)

住所

(電話)

下記のとおり、子ども医療費助成受給資格の登録を申請します。なお、申請に際し必要となる私、世帯員及び扶養義務者の公簿等を確認することに同意します。

ふりがな	男・女	個人番号			
子どもの氏名		生年月日	年	月	日

子どもの住所

保護者と住所の異なる場合

加入医療保険	記 号		番 号	
	被保険者氏名 世帯主氏名			子どもとの続柄
	保 険 者 番 号			
	保 険 者 名 称			
	保険者所在地			

子ども医療費助成金について下記の口座へ振り込み願います。

振込 希望 金融 機関	金融機関名	銀行 農協		本店 支店
	口座番号	普通・当座	フリガナ 口座名義人	