

様式第1号(第2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	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

令和 年 月 日

大崎市長 様

申請者(保護者)

配偶者

氏名

氏名

(生年月日 年 月 日)

(生年月日 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 本店		農協 支店
	口座番号	普通・当座	フリガナ	
			口座名義人	