

様式第1号（第2条関係）

子ども医療費受給資格登録（更新）申請書

年 月 日

（宛先）

寄居町長

申請者住所  
氏名  
電話

下記のとおり受給資格登録申請をします。

なお、町が、寄居町子ども医療費支給に関する条例施行規則の規定に基づく登録や支給の事務を行うため、必要な範囲内で公簿の調査や個人番号に基づく情報の取得を行うことに同意します。

申請者	フリガナ 氏名						生年月日	年 月 日			
	住所						対象のこどもとの続柄				
	個人番号										
対象のこども	フリガナ 氏名						生年月日	年 月 日			
	住所						申請者連絡先等				
	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						附加給付の有無と内容	有無	あり なし		
振込口座（申請者名義のもの）											
金融機関						銀行 信用金庫 信用組合 農協					本店 支店 本所 支所
	種別		口座番号								
	普通当座										
フリガナ											
口座名義人											
※後発（ジェネリック）医薬品を希望する旨を受給資格証に記載することに同意 します。 しません。											