様式第4号(第8条関係)

※消せるボールペンで書かないでください

子ども医療費受給資格証交付申請書

年　　月　　日

(宛先)吉川市長

下記のとおり受給資格証の交付を申請します。また、市長が子ども医療費支給に関する条例施行規則に基づく登録等の事務を行うため、必要な範囲内で個人番号に基づく情報の取得を行うことに同意します。

<table>
<tr><td rowspan="4">受給資格者</td><td>ふりがな</td><td colspan="3"></td><td rowspan="2">金融機関名</td><td rowspan="2">銀行
信用金庫
農協　　支店</td></tr>
<tr><td>氏名
個人番号</td><td colspan="3">(　　)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">住所</td><td rowspan="2">吉川市

Tel</td><td rowspan="2">子どもとの続柄</td><td rowspan="2"></td><td>口座番号</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">口座名義人</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">子ども</td><td>ふりがな</td><td></td><td>生年月日</td><td rowspan="2">資格取得日</td><td colspan="2" rowspan="2">年　月　日（出生・転入・切替・その他）</td></tr>
<tr><td>氏名
個人番号</td><td>(　　)</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>ふりがな</td><td></td><td>生年月日</td><td rowspan="2">資格取得日</td><td colspan="2" rowspan="2">年　月　日（出生・転入・切替・その他）</td></tr>
<tr><td>氏名
個人番号</td><td>(　　)</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="3">加入保険</td><td>記号</td><td></td><td>番号</td><td></td><td colspan="3" rowspan="3">備考
子ども①　認定年月日　　年　　月　　日
子ども②　認定年月日　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>保険者
(名称)</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

処理欄	決裁	交付	交付方法	受給資格証番号
	未・済	年　月　日	直接　・　郵送	