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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給資格者 | ふりがな |  | | | 性別 | 金融機関名 | 銀行  信用金庫  農協　　　　　　支店 |
| 氏名 |  | | | 男・女 |
| 口座番号 |  |
| 住所 | 吉川市  Tel | | | 子どもとの続柄 | 口座名義人 |  |
|  |
| 子ども | ふりがな |  | | 生年月日 | 資格取得日 | 年　　月　　日　(出生・転入・切替・その他) | |
| 氏名 |  | | 年　　月　　日 |
| ふりがな |  | | 生年月日 | 資格取得日 | 年　　月　　日　(出生・転入・切替・その他) | |
| 氏名 |  | | 年　　月　　日 |
| 加入保険 | 記号 |  | 番号 |  | 備考 | | |
| 保険者  (名称) |  | | |
| 所在地 |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |