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 | 　 |