

様式第1号（第3条関係）

証交付：済（ / ）・未

こどもの医療費受給資格登録申請書					年 月 日	受 付 印 ※	
(宛先)鴻巣市長					住 所		
					申請者 氏 名		
					電話番号 ( )		
<p>次のとおり受給資格の登録を申請します。</p> <p>なお、こどもの医療費の受給資格及びこどもの医療費の支給に当たり、必要事項の確認(市が保有する税関係台帳等の閲覧、保険者等関係機関への照会、マイナンバー制度による情報連携等)をすることに同意します。</p>							
受 給 者 番 号 ※					※ 取 得 日 年 月 日		
受 給 者	フリガナ			個 人 番 号		配 偶 者	
	氏 名						フリガナ
	住 所						氏 名
						個人番号	
					※ 取得事由		
対 象 の こ ども	フリガナ			個 人 番 号		生 年 月 日	
	氏 名					年 月 日生	
						受給者との続柄(長男等)	
加 入 保 険	記 号 ・ 番 号		世帯主・被保険者・組合員・ 加入者の氏名		振 込 口 座	金 融 機 関	
						銀 行	
						信 用 金 庫	
						信 用 組 合	
						農 協	
						本 店 支 店 営 業 所 出 張 所 支 所	
保 険 者 の 名 称					預 金 種 別	口 座 番 号	
					普 通 ・ 当 座		
保 険 者 番 号							
					口 座 名 義 ( カ ナ )		

※欄は記入しないでください。