

子ども医療費受給資格登録申請書

令和 年 月 日

子ども医療費受給資格の登録を、必要書類を添えて申請します。

なお、かほく市が石川県乳幼児医療費助成事業補助金を申請するために必要な範囲で、私の世帯に係る所得調査及び住民税課税台帳の確認行為をすることに同意します。

申請者 (保護者)	ふりがな		性別	生年月日
	氏名	㊟	男・女	年 月 日
	住所	かほく市 Tel ()		
子ども	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	住所	かほく市		
子ども	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	住所	かほく市		
子ども	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	住所	かほく市		
加入保険	被保険者名			
	保険者名称	(保険者番号)		
	記号・番号			
	認定年月日	年 月 日		
	附加給付の状況	無 ・ 有 ()		
振込先	(金融機関名)	銀行 支店 農協 金庫 支所	(口座番号) 当座 普通	
	(口座名義) *カタカナで			
他公費受給の有無		有 ・ 無		