

※受給者番号

子ども医療費助成金受給資格者登録申請書

令和 年 月 日

倶知安町長様

申請者 住所 倶知安町

(Tel)

氏名

子ども医療費助成金受給資格者であることの登録を受けたいので申請します。
私及び世帯員に関する住民票の記載事項について住民基本台帳・戸籍等により確認すること、受給資格決定に伴う所得等について課税台帳等を閲覧することを同意します。

助成対象者	(保護者の氏名)			対象子どもとの続柄		職業又は勤務先				
対象子ども	(ふりがな)			☐ 男 ☐ 女	(生年月日)	年 月 日生				
	(氏 名)									
子ども加入医療保険の	保険種別	国(市町村、組) 健(協、組) 船、日、共			保険者番号					
	被保険者証発行機関名				所在地					
	記号番号				被保険者の氏 名					
家族構成	助成対象との続柄	氏 名	生年月日		助成対象との続柄	氏 名	生年月日			
	本人									
	配偶者									
	子									
※決定欄	課長		室長		係長		係		決定年月日	令和 年 月 日
	取得事由 ☐ 出生による資格取得 ☐ 他の市(区)町村からの転入 ☐ その他 ()					取得年月日	令和 年 月 日			
						☐ 電算 ☐ 受給者証 ☐ 道 ☐ 町				
						☐ 所得確認 確認日 令和 年 月 日 ()				
						☐ 課 ☐ 非				
	1. 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので登録を承認する。 2. 次の理由により申請を却下する。									
却下理由										

(注) 申請者は、※欄は記入しないでください。