

	説明	済 / 未
資格証	/ 交付・送付	
資格証番号		

子ども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

和光市長 あて

住所 和光市

申請者
(受給資格者) 氏名 _____

電話 () _____

※携帯電話など、つながりやすい番号をご記入ください。

子ども	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男・女	平成・令和 年 月 日
	個人番号			
受給資格者	ふりがな		子どもとの関係	生年月日
	氏名		父・母	昭和 平成 年 月 日生
	個人番号			
加入保険	記号		番号	保険者番号
	健康保険 組合名称	国民健康保険・国民健康保険組合・共済組合 健康保険組合・健康保険協会 支部		

※お子様の保険証の写しを添付してください。

振込口座	金融機関名	銀行・信金 信組・農協 支店							
	口座	支店番号				口座番号			
	ゆうちょ銀行 (記号—番号)					—			
	口座名義人 (カタカナで記入)								

※受給資格者の口座に限ります。

子ども医療費助成に関する条例第3条第2号に規定する市民税、固定資産税、軽自動車税、国民健康保険税、都市計画税、保育園及び保育クラブの保育料等の納付状況について、公簿等により確認することに同意します。

保護者氏名

印

資格発生日	令和 年 月 日	事由	1. 転入	2. 保護者変更
資格異動日			3. 特例	4. その他

審査 … 所得申告 納付