

## 小菅村子ども医療費助成金受給資格者証交付申請書

小菅村長 様

年 月 日

有 効 期 間		年 月 日 年 月 日まで			
申 請 者	フリガナ 氏 名			こども との続柄	
	住 所			生年月日	年 月 日
	勤 務 先 又 は 職 業			電話（ ） —	
こ ど も	フリガナ 氏 名		男 ・ 女	生年月日	年 月 日
	記 号 番 号			資格取得	年 月 日
加 入 保 険	被保険者(世 帯主)氏名				
	保 険 者 名	社会保険事務所・健康保険組合・共済組合・他 名称( )			
	保 険 種 別	国 保 ・ 社 保 ( 政 ・ 組 ・ 共 ・ 他 )			
	保 険 者 番 号				
指 定 口座	金融機関名		本店・ 支店名	口座 種類	普通 当座
	口座番号	フリガナ			
		口座名義人			
備 考	年 月 日交付 年 月 日再交付				

《注》太枠内を記入してください。