

## 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	電話（ ） —		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		
加入保険	記号番号			資格取得	年 月 日		
	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。