

受付	年 月 日
決定	
交付	

子ども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

(あて先) 幸手市長

申請者 住 所 幸手市

電 話 ()

氏 名

下記のとおり受給資格登録を申請します。

保 護 者	ふりがな		性 別	生 年 月 日		
	氏 名		男・女	年 月 日		
	住 所			子どもとの続柄		
	ふりがな		性 別	生 年 月 日		
	子ども氏名		男・女	年 月 日		
加 入 保 険	国保 ・ 社保	記号・番号	保険者名・保険者番号		附 加 給 付	
			名 称		有 ・ 無	内 容
			番 号			自己負担額から 算出額
勤務先		支払銀行		銀行	支店	
所在地		口座番号		名義人		