

様式第1号 (第3条関係)

|                 |  |
|-----------------|--|
| 受給者番号<br>(町が記入) |  |
|-----------------|--|

子ども医療費受給者証交付申請書

年 月 日

東伊豆町長 様

住所  
申請者 (TEL )  
氏名

下記のとおり、子ども医療費受給者証の交付を申請します。また、資格審査及び助成金交付のための審査に当たり、所得状況及びその他助成に係る事務処理に必要な情報について町が調査することに同意します。

記

|              |      |                       |             |  |  |  |
|--------------|------|-----------------------|-------------|--|--|--|
| 受給者<br>(子ども) | ふりがな |                       | 生年月日        | 性別   | 監護   | 婚姻   |
|              | 氏名   |                       | 年 月 日       | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 |
|              | 住所   | 保護者と別居している場合にご記入ください。 |             |  |  |  |
| 保護者          | 住所   | 〒 (TEL )              |             |  |  |  |
|              | 氏名   |                       | 子ども<br>との続柄 |  |  |  |

※受給者(子ども)の就職や婚姻等、監護状況に変更があった場合は、届出が必要です。

|            |      |  |            |  |
|------------|------|--|------------|--|
| 加入医療<br>保険 | 保険者名 |  | 保険者<br>番号  |  |
|            | 記号番号 |  | 被保険者<br>氏名 |  |

※受給者(子ども)の加入医療保険の保険証の写しを添付してください。

|           |       |  |            |  |
|-----------|-------|--|------------|--|
| 口座<br>振込先 | 金融機関名 |  | 口座番号       |  |
|           | 支店名   |  | 口座名義<br>カナ |  |