

子ども医療費助成金受給資格認定申請書

中城村長 殿

中城村子ども医療費助成条例施行規則第2条の規定により、下記のとおり申請します。
また、子ども医療費助成に関する所得状況等の必要事項を閲覧することを承諾します。

年 月 日

■ 保護者

住所	中城村字		
氏名		連絡先	
個人番号			

■ 配偶者

氏名		連絡先	
個人番号			

■ 対象となる子ども

子ども氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	続柄	
子ども氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	続柄	
子ども氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	続柄	

■ 振込先金融口座 (次の場合は記入の省略可・・・登録済の金融機関口座に同じ □金融機関口座の写しを添付する)

口座振込先	銀行・金庫 本店 組合・農協 支店		
口座番号	フリガナ		
	名義人		

■ 添付書類 加入医療保険証の写し 保護者の金融機関口座の確認書類の写し

保護者以外の申請人の場合

住所
氏名
連絡先