

記入例

※ ○印の部分を入力してください。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

(宛先) 所沢市長

住所 所沢市 並木1-1-1 101号室

フリガナ トコロザワ タロウ

申請者 (保護者) 氏名 所沢 太郎

電話 04-2998-9124

下記のとおり子ども医療費受給資格の登録を申請します。
 なお、子ども医療費の助成に関し、世帯全員の住民税課税台帳を閲覧することを承諾します。

児童	(フリガナ) 氏名	トコロザワ ハナコ 所沢 花子	生年月日	平成 令和 ○年 ○月 ○日
	申請者との続き柄	子	住所が申請者と異なる場合はその住所	

振込先金融機関	<input type="checkbox"/> 次のとおり <input type="checkbox"/> 別添写しのとおり	
	区分	金融機関コード ▲ ▲ ▲ ▲ 本支店コード ▲ ▲ ▲ ▲
	金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合 信託銀行・労働金庫・農協
	本支店名	本店・支店・出張所
	口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> 貯蓄預金
	口座番号	▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲
(フリガナ) 口座名義	トコロザワ タロウ 所沢 太郎	子ども医療費交付申請書により助成決定された助成金は、この口座に振り込むよう依頼します。

加入医療保険	<input type="checkbox"/> 次のとおり <input type="checkbox"/> 別添写しのとおり	記 記入した日付を記入	番号
	被保険者氏名		
	資格取得年月日		
	保険者番号		
	保険者名称		
	交付年月日		
適用区分			
附加給付	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
申請事由	1 出生	2 転入	3 保険加入
	4 施設退所	5 重度廃止	6 重度廃止

この部分には記入せず、お子様の健康保険証(コピー)を添付してください。
 まだ保険証がお手元がない場合は、未記入のままご提出ください。後日保険証が届きましたら、改めてコピーのご提出をお願いいたします。

対象児童についてご記入ください。

収	送付の際は、被保険者名義の振込先金融機関をご記入いただくか、被保険者名義の通帳のコピーまたはキャッシュカードのコピーを一部添付し、ご返送ください。	月 日	
		月 日	
)	
		月 日	
受付	入力	確認	
			受給者証番号