

竹富町子ども医療費助成金受給資格認定申請書

年 月 日

竹富町長 殿

申請者 住 所

氏 名

(印)

こども	ふりがな			生年月日	年 月 日	
	氏 名					
	住 所				続柄	男・女
対助 象 者 成	氏 名			連絡先	(自宅)	
	勤務先名				(職場)	
保 加 入 医 療 険	被保険者氏名					
	記号番号	記号		番号		
	保険者名					

振込先 金融機関	銀行・農協 金庫		本店 支店
ふりがな		口座番号	預金の種目
名義人			普通預金 当座預金

資格発生日	年 月 日	事 由	1. 出生 2. 転入 3. その他 ()
-------	-------	-----	---

※町記入欄

受給資格者証番号	受付交付年月日	
	年 月 日	
備 考		

竹富町子ども医療費助成金受給資格認定申請書(記入例)

竹富町長 殿

〇〇〇〇年 〇月 〇日
今日の日付

申請者 住所 竹富町字〇〇番地

窓口に来ている方
氏名 竹富 町一 印

こども	ふりがな	たけとみ ちょうた		生年月日	〇〇〇〇年 〇月 〇日	
	氏名	竹富 町太(こどものお名前)				
	住所	竹富町字〇〇番地			続柄 子	男・女 男
対象者成	氏名	竹富 町一		連絡先	(自宅) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
	勤務先名	自営業(例:〇〇農園)			(職場) 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	
加入医療保険	被保険者氏名	竹富 町一(保険の世帯主)				
	記号番号	記号	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇	
	保険者名	竹富町				

振込先 金融機関	〇〇 銀行 ・農協 金庫	〇〇〇	本店 支店
ふりがな	たけとみ ちょういち	口座番号	預金の種目
名義人	竹富 町一 <small>特別な事情がない限り、被保険者と同じ名義で申請ください</small>	〇〇〇〇〇〇〇〇	普通預金 当座預金

資格発生日	〇〇〇〇年 〇月 〇日	事由	1. 出生 2. 転入 3. その他 ()
-------	-------------	----	---

※町記入欄

受給資格者証番号	受付交付年月日
	年 月 日
備考	