

## 子ども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

石川町長 様

助成額の判定等のため、私の属する世帯の構成員に関する所得・課税状況の閲覧  
及び加入保険の内容を調査することを同意します。

住 所 \_\_\_\_\_  
 申 請 者 氏 名 \_\_\_\_\_  
 電 話 番 号 (       ) \_\_\_\_\_

保護者	ふりがな 氏 名											
	住 所											
子ども	ふりがな 氏 名	性 別	生年月日									
	住 所	男・女										
加入している健康保険	保険者名											
	記号番号											
	被保険者名											
	事業所名											
	保険者の 所在地											
振込口座	金融機関名・支店名	普通	口座番号	口座名義人(カナ氏名)								
			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									