様式第1号(第1条関係)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 課長 | **課長補佐** | 係長 | 係 | 受付印 |
|  |  |  |  |  |

下記のとおり決定してよろしいか伺います。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 子ども医療費受給者証交付申請書  年　　　月　　　日  菊池市長　様  （申請者）    　　　　　　　　　　住所    氏名 | | | | | | | | | | |
| 受給者証番号 | | |  | | | | | | | |
| 子ども | 住所 | | 菊池市 | | | | | | | |
| 個人番号 | |  | | | | | | | |
| ふりがな | |  | | | | | 生年月日 | | |
| 氏名 | |  | | | | | 年　　　月　　　日生 | | |
| 加入保険 | 保険者名 | | | | 記号番号 | | | | | 付加給付の給付基準 |
|  | | | |  | | | | |  |
| 保護者の欄（続柄　　　 　　　） | | | | | 保護者個人番号 | |  | | | |
| ふりがな | |  | | | 電　　話 | |  | | | |
| 氏名 | |  | | | 生　年　月　日 | |  | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | | |  | | 支店名 | | |  | |
| 口座の種類・番号 | | | 普通・当座  　No. | | 口座名義人 | | |  | |