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 |  |