

別記第1号様式

ニセコ町子ども医療費受給資格者登録申請書

年 月 日

ニセコ町長 様

住所：ニセコ町字  
 申請者 氏名：  
 電話：  
 こどもとの続柄：

下記のとおり、子ども医療費受給者証の交付を申請します。  
 受給資格の登録及び継続（更新）のため、私及び世帯員並びに生計維持者の住民登録資料、税務資料その他について調査されることに同意します。

申請事由		1 転入 2 出生 3 他公費喪失 4 その他 ( )				
こども	フリガナ				性別	男・女
	氏名					
	生年月日	年 月 日 ( 才)				
	個人番号					
住所	ニセコ町字					
保護者		父		母		
	フリガナ					
	氏名					
	生年月日	年 月 日		年 月 日		
	個人番号					
住所	(こどもと同住所の場合は記入しない)					
医療保険	保険者	1 国保 2 協会けんぽ 3 組合健保 4 共済組合 5 その他 ( )				
	保険者番号			記号・番号		
	被保険者名			付加給付	有・無	
振込を希望する 金融機関	金融 機関名	( 支店)		口座番号		
				名義人		
※ 決定欄						
児童手当	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 増額 <input type="checkbox"/> 公務員【 年 月 日申請】				受付	
世帯区分	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 所得超過 <input type="checkbox"/> 税情報無(海外より転入)					
	公簿による所得確認		年 月 日			
	確認者職氏名					
受給者番号			証種別	乳初・乳課・乳課(所得超過)		
決定年月日	年 月 日		取得年月日	年 月 日		