

こども医療費助成金受給資格登録申請書

（宛先）鶴ヶ島市長

鶴ヶ島市長が医療費助成金を支給するに当たり、必要な範囲内で公簿等の情報を確認することに同意し、下記のとおり申請します。

年 月 日

申請者 (受給資格者)	住 所			
	ふ り が な			
	氏 名			
	個 人 番 号			
	電 話 番 号			
	振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協	支店
口座番号		普通・当座		
名義人氏名 (カタカナ)				
子ども	住 所		<input type="checkbox"/> 保護者と同じ <input type="checkbox"/> その他（鶴ヶ島市）	
	ふ り が な			
	氏 名			
	生 年 月 日			
	個 人 番 号			
	加入医療保険	名 称		
		保 険 者 番 号		
記 号 ・ 番 号				
被 保 険 者 氏 名				
ジェネリック医薬品の利用		希望する ・ 希望しない		

受給資格者番号		資格取得	令和 年 月 日 1 出生 2 転入 3 その他
---------	--	------	-----------------------------