

様式第1号（第3条関係）

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

年 月 日

申請者 （受給資格者）	住 所					
	ふ り が な					
	氏 名					
	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		年 月 日生			
	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希望		有 ・ 無				

受給資格者番号	資格取得日	年 月 日
資格取得事由	1 出生 2 転入 3 その他（ ）	