

記入例

こども医療費助成金受給資格認定申請書

令和3年 7月 20日

座間味村長 様

住所 座間味村字座間味109番地
申請者
(保護者)
氏名 座間味 村太郎 印

こども氏名		生年月日		性別		続柄	
座間味 村次郎		R3年 7月 1日		男・女		子	
保護者	氏名	座間味 村太郎		自宅電話 (080) 1234-5678			
	勤務先	座間味村役場		勤務先 電話 (098) 896-4045			
加入医療保険	保険の種類	政・船・組・共・国					
	被保険者氏名	座間味 村太郎					
	記号・番号	記号	473	番号	476893		
	保険者所在地	座間味村字座間味109番地					
	保険者名称	座間味村役場					
	付加給付の有無	有・無		給付割合			

口座振込先 (金融機関名)	ゆうちょ 銀行	名義人	座間味 村太郎
店名(店番)	708	口座番号	47354000

受給者番号	
受付交付年月日	年 月 日
添付書類	※ 保護者+こども保険証コピー ※ 支店・番号がわかる通帳の写し