

様式第1号(第2条関係)

<p>こども医療費助成金受給資格認定申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>座間味村長 様</p> <p style="text-align: right;">住所 _____</p> <p style="text-align: right;">申請者 (保護者) 氏名 _____ 印</p>	
--	--

こども氏名		生年月日		性別	続柄
		年 月 日		男・女	
保 護 者	氏名				自宅電話( )
	勤務先				勤務先 電話( )
加 入 医 療 保 険	保険の種類	政・船・組・共・国			
	被保険者氏名				
	記号・番号	記号		番号	
	保険者所在地				
	保険者名称				
	付加給付の有無	有・無		給付割合	

口座振込先 (金融機関名)		名義人	
店名(店番)		口座番号	

受給者番号	
受付交付年月日	年 月 日
備考	