

受付日	
受給資格者証発行日	

## 子ども医療費受給資格登録申請書

令和 年 月 日

宇多津町長 殿

医療費の助成を受けたく、次のとおり申請します。

医療費助成の受給資格(認定・更新)の決定のため、私及び対象となる子どもの住民登録資料、  
 税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

申請者(受給資格者)	ふりがな		男・女	昭和 平成	年	月	日
	氏名	㊟		個人番号			
	住所	綾歌郡宇多津町 (TEL )					
	職業		続柄				
対象となる子ども	ふりがな		男・女	平成 令和	年	月	日
	氏名			受給資格者証番号			
	住所	香川県綾歌郡宇多津町					
	ふりがな		男・女	平成 令和	年	月	日
	氏名			受給資格者証番号			
	住所	香川県綾歌郡宇多津町					
ふりがな		男・女	平成 令和	年	月	日	
氏名			受給資格者証番号				
住所	香川県綾歌郡宇多津町						
*加入保険	保険の種類	被保険者記号番号	被保険者氏名	続柄	附加給付の有・無		
振込口座	店名	銀行 農協		支店			
	番号	普通 当座					
	フリガナ						
	名義人	(受給資格者)					

(注) 1、対象乳幼児についての健康保険証等を申請の際に持参すること。  
 2、交付を受けようとする者が、対象乳幼児の父母でないときは、その者が当該乳幼児を現に監護していることを明らかにする民生・児童委員等の証明書を添付すること。