

受 付 日	
受給資格者証番号	
受給資格者証発行日	

子ども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

宇多津町長 殿

申請者 (受給資格者)	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日	年	月	日生
	住 所	綾歌郡宇多津町		
	電話番号		子ども との続柄	

医療費の支給を受けたく、関係書類を添えて次のとおり申請します。

医療費支給の受給資格（認定・更新）の決定のため、私、扶養義務者及び被保険者、子どもの住民登録資料、税務資料
その他について、各医療機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対象となる子ども	ふりがな			
	氏 名	生年月日	年	月 日生
	住 所	綾歌郡宇多津町		
	ふりがな			
	氏 名	生年月日	年	月 日生
	住 所	綾歌郡宇多津町		
加入保険	保険の種類	保険者番号	記号	番号
	被保険者名	子ども との続柄		
	銀行 支店名	銀行 信用金庫 農協 本店 支店 出張所		
医療費受給口座	種目	普通 当座	口座番号	
	口座名義 (カタカナ)	(受給資格者名義)		