

様式第1号(第2条関係)

					受給者番号				
決裁	課長	課長補佐	グループ リーダー	係員	受付	平成	年	月	日
					伺	平成	年	月	日
					決定	平成	年	月	日
					発行	平成	年	月	日
受給資格要否			受給期間						
要・否(理由)			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日						

こども医療費受給資格登録申請書 平成 年 月 日 下野市長 様 住所 下野市 受給者 氏名 () 電話 ()					
受給者	フリガナ		男女の別	生年月日	
	氏名		男・女	S・H . .	
	住所	下野市			
	個人番号		こどもの 続柄		
	職業	勤務先			
こども	フリガナ		男女の別	生年月日	
	氏名		男・女	H . .	
	住所	下野市			
	個人番号				
	転入日	平成 年 月 日			
加入保険	記号番号	被保険者氏名	加入年月日	保険者番号	保険者名称
	(記号) (番号)		H . .		
振込先	銀行 信金 信組 農協	本店 支店 出張所 支所	口座番号(普通) (フリガナ)		
	(受給者以外の口座を指定する場合は委任状が必要)		口座名義		

(注) 太枠は記入しないでください。
署名又は記名押印してください。