

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	令和	年	月	日
					伺	令和	年	月	日
					決定	令和	年	月	日
					発行	令和	年	月	日
受給資格要否			受給期間						
要・否(理由)			令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						

こども医療費受給資格登録申請書 令和 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	. .	
	住所	下野市			
	個人番号		こどもとの続柄		
	職業	勤務先			
こども	フリガナ		男女の別	生年月日	
	氏名		男・女	. .	
	住所	下野市			
	個人番号				
	転入日	令和 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)				
振込先	銀行	本店	口座番号(普通)		
	信金	支店	(フリガナ)		
	信組	出張所	-----		
	農協	支所	口座名義		
	(受給者以外の口座を指定する場合は委任状が必要)				

(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。