様式第1号(第1条関係)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 課　長 | 係　長 | 係　員 | 受付 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
|  |  |  | 決定 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 加入保険 | 国保　・　社保　・　その他 |
| 受　給　資　格　要　否 | 附加給付 | 有　・　無 |
| 要・否（理由） | 有効期間 | 　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |

※注　　上記は記入しないこと

|  |
| --- |
| こども医療費受給者資格申請書令和　　　　年　　　月　　　日　　大津町長　　様住　所　大津町大字【申請者】氏　名　　　　　　　　　　　　　　　自宅TEL　　　　　　－　　　　　－ |
| こども | 住　　所 | 大津町大字 |
| ふりがな |  | 生　年　月　日 |
| 氏　　名 |  | 平成・令和　　　　年　　　月　　　日 |
| 加入保険 | 記号 | 番号 | 保険者番号 | 保　険　者　名 |
|  |  |  |  |
| 医　療　費　振　込　み　指　定　口　座 |
| 銀行　　　　　　支店 | 口座番号 |  |
| 口座名義（カタカナ） |  |
| ゆうちょ銀行（郵便局）の場合、記号・番号を記入記号　　　　　　　　　番号 | 受給者番号 |  |

※扶養認定後の健康保険証原本(またはコピー)を持参ください。