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。