

第2号様式(第7条・第10条関係)

蕪崎市子ども医療費助成受給者証交付(変更)申請書

申請の事由

| | |
|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 新規 | <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他() |
| <input type="checkbox"/> 変更 | <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/> 口座変更 <input type="checkbox"/> その他() |

蕪崎市長様

次のとおり申請いたします。

| | | | |
|-------------------------------------|---------------|---|------------------------|
| 申請年月日 | | 平成 年 月 日 | |
| 申請者 (保護者) | 住所 | 蕪崎市 | |
| | 氏名 | Ⓜ | |
| | 電話 | 自宅 | 携帯 |
| 子ども | フリガナ | | 生年月日 |
| | 氏名 | | 平成 年 月 日 |
| | フリガナ | | 生年月日 |
| | 氏名 | | 平成 年 月 日 |
| | フリガナ | | 生年月日 |
| | 氏名 | | 平成 年 月 日 |
| 子どもの加入している健康保険 | 保険種別 | <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 政管健保 <input type="checkbox"/> 組合健保 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> その他() | |
| | 保険者番号 | | 世帯主・被保険者・組合員の氏名 |
| | 保険者名称 (電話) | | |
| | 被保険者証 記号番号 | | 付加給付の有無・内容 有・無 |
| 保護者名義の 振込先金融機関 ※ゆうちょ銀行は 除く | 金融機関名 | 銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組 合 | 支店名 本店 支店 出張所 |
| | 預金種別 | <input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 当座 | |
| | 口座番号 | | |
| | 口座名義 | カタカナで記入 | |