

五戸町子ども医療費受給証交付（更新）申請書

令和 年 月 日

五戸町長 若 宮 佳 一 様

申請者 住所 五戸町
氏名
電話 自 宅
携帯等

子ども医療費受給者証の交付（更新）を次のとおり申請します。

子 ど も	フリガナ氏名	男・女	生年月日	年 月 日		
	住 所					
	個人番号					
保 護 者	フリガナ氏名	男・女	生年月日	年 月 日		
	住 所 (子どもと別居の場合)					
	個人番号					続 柄
保 護 者 の 配 偶 者	フリガナ氏名	男・女	生年月日	年 月 日		
	住 所 (子どもと別居の場合)					
	個人番号					続 柄
加 入 医 療 保 険	被保険者又は 組合員氏名	区 分				
	記 号 ・ 番 号	保 険 者 番 号				
	保 険 者 名					
振 込 先	金 融 機 関 名 支 店 名	口 座 番 号				
	口 座 名 義 人	口 座 種 別				
同 意 欄	当該申請及び毎年度の更新に係る審査のために必要な個人情報について取得することに同意します。 保 護 者 _____ 保 護 者 の 配 偶 者 _____ (※同意する者が自ら署名を行うこと。)					
町 処 理 欄	受給者証番号	資 格 始 期				
	受 付	入 力				