**児手** □不足書類なし 　□公務員 　□保険証（父・母・子）　 □口座　 □所得証明書（父・母）

□喪失届（父・母）　　□在留カード等（父・母・子）　　□個人番号（父・母）　□来庁者身分証明書

**こ医** □登録済み　 □保険証（子） 　□口座 　 □喪失届（父・母）　□在留カード等（父・母・子）□資格証　□個人番号（保護者・子）　　　　□来庁者身分証明書

様式第1号(第3条関係)

［受給資格証番号］

第　　　　　　号第　　子

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 担当 | | 課長 | | 受付 | 年　　月　　日 | |
|  | |  | | 決定 | 年　　月　　日 | |
| 交付 | 年　　月　　日 | |
| 受給資格の適・否 | | | | 加入保険 | | | 国保・社保 |
| 適・否 | | (理由) | | 附加給付 | | | 有・無 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| /　 ～有効  (　　　　　)  受給者変更  　　　→  こども医療費受給資格登録申請書兼受給者台帳  年　　月　　日  　東松山市長　　　　宛て  申請者　住所　東松山市  氏名  電話(自宅　　　　―　　　　―　　　　　)  (携帯　　　　―　　　　―　　　　　)  本人・その他（　　）  　下記のとおり受給資格登録を申請します。 | | | | | | | | | | |
| 保護者 | フリガナ |  | | | | | 生年月日 | | | |
| 氏名 |  | | | | | 年　　月　　日 | | | |
| 個人番号 |  | | | | |
| 住所 | 東松山市 | | | | | | 対象児との続柄 | |  |
| 対象児 | フリガナ |  | | | | | 生年月日 | | | |
| 氏名 |  | | | | | 年　　月　　日 | | | |
| 個人番号 |  | | | | |
| 加入保険 | 保険者名 |  | | | 保険者番号 | |  | | | |
| 記号・番号 |  | | | 被保険者 | |  | | | |
| 口座依頼書 | 東松山市会計管理者　宛て  氏名  　私が、東松山市から受ける支払い金を　　　　年　　月　　日以降下記の預金口座へ振り込むよう依頼します。  記 | | | | | | | | | |
| 振込先金融機関名 | 銀行  信用金庫  農協  労働金庫 | 支店  本店  出張所 | | | | 項目 | | 普通預金 | |
| 口座番号 |  | | 口座名義  カタカナ | | (保護者名義) | | | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付　　　　　　　交付