

様式第1号

決 裁	課長	課長補佐	係長	係	係	係	受付	年	月	日
							伺	年	月	日
							決定	年	月	日
							発行	年	月	日
受給資格要否			加入保険				附加給付			
要・否（理由）			国保（一般・退職者）社保				有・無			

こども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

高根沢町長 様

住所
申請者 氏名 印
電話番号

助成対象者	ふりがな		男女の別	生	年	月	日	
	氏名		男・女	年	月	日		
	住所						こどもとの続柄	
	職業	勤務先						
こども	ふりがな		男女の別	生	年	月	日	
	氏名		男・女	年	月	日		
	住所							
加入保険	記号番号	保険者	所在地	保険加入日	被保険者氏名	附加給付の状況		

(注) 太枠内には記入しないでください。