

乳幼児等医療費受給資格登録申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

広野町長 様

住所 広野町大字下北迫〇〇番地

申請者

氏名 広野 一郎 ㊞

次のとおり、乳幼児等医療費受給資格の登録を申請します。また、受給資格認定等のため、下記の者の所得・課税状況等を調査・利用することに同意します。

保護者	氏名	広野 一郎
	個人番号	123456789012
	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
	住所(※)	申請者と同じ場合は記載不要です
乳幼児等	氏名	広野 太朗
	個人番号	987456321023
	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
	住所(※)	申請者と同じ場合は記載不要です

※住所が申請者と違う場合のみ記入してください。

振込先口座	金融機関名	〇〇銀行
	支店名	広野支店
	口座番号	1234567
	口座名義	ヒロ 仔助

○広野町に口座登録がある場合、その口座に振り込み( 可 ・ 不可 )

※可の場合、通帳写しの添付は不要。

【添付書類】

- 1 お子様の保険証(写し)
- 2 振込口座の通帳写し

【注意事項】

・受給者証がお手元に届く前に医療機関等に受診し、窓口で自己負担額を支払った場合は、後日償還払いにて助成いたしますので、領収書は大切に保管してください。