

様式第1号 (第2条関係)

乳幼児等医療費受給資格登録申請書

○年 ○月 ○日

広野町長 様

住所 広野町大字下北迫字苗代替 35 番地

申請者

氏名 広野 一郎 ⑩

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	○○○○○○○○○○○○○○
	生年月日	昭和○年○月○日
	住所 (※)	申請者と同じ場合は記入不要です
乳幼児等	氏名	広野 太朗
	個人番号	○○○○○○○○○○○○○○
	生年月日	平成○年○月○日
	住所 (※)	申請者と同じ場合は記入不要です

※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	○○銀行
	支店名	広野支店
	口座番号	○○○○○○○○
	口座名義	ヒロノ イチロウ

○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。