

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

申請者

氏名

印

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	
	個人番号	
	生年月日	
	住所（※）	
乳幼児等	氏名	
	個人番号	
	生年月日	
	住所（※）	

※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	
	支店名	
	口座番号	
	口座名義	

○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。