

都留市すこやか子育て医療費助成金受給資格取得申請書

都 留 市 長 様

次のとおり都留市すこやか子育て医療費助成金受給資格取得について申請します。

申 請 日		年 月 日				
申請者 (保護者)	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏 名	Ⓜ 記名押印に代えて署名することができます。	小児等との続柄			
	住 所	〒				
	電 話					
小 児 等	フリガナ		性 別	男 ・ 女		
	氏 名		生年月日	年 月 日		
			住居区分	同居 ・ 別居		
	フリガナ		性 別	男 ・ 女		
	氏 名		生年月日	年 月 日		
			住居区分	同居 ・ 別居		
フリガナ		性 別	男 ・ 女			
氏 名		生年月日	年 月 日			
		住居区分	同居 ・ 別居			
加入健康保険		上記記載の小児等の加入健康保険証のコピーを添付				
≪預金通帳のコピーを添付する場合は、以下の欄は記入不要です。≫						
指 定 口 座	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・協同組合		金融機関 コード		
	支 店 名	本店 支所・支店		店 番 号		
	口 座 種 別	普通 ・ 当座				
	口 座 番 号					右詰で記入
	口 座 名 義 (カタカナ記入)					

※ 小児等の住居区分が「別居」の場合は、住所要件に関する申立書を添付してください。