第１号様式（第４条の２関係）

子育て支援医療制度

受給資格(取得・喪失・変更)及び支給(変更)申請書

平成　　年　　月　　日

御　杖　村　長　　殿

（申請者）住　所　御杖村大字
氏　名　　㊞
連絡先：

下記のとおり子育て支援医療制度の申請（届出）をいたします。

対象者氏名	ふりがな 男 女	生年月日	年　　月　　日生
対象者(転出先)住所	(申請者住所と違う又は、転出等の場合に記入して下さい) 〒 Ｔ　Ｅ　Ｌ： 事　　由：転出・転居・施設入所・その他（　　） 事由発生日：　　年　　月　　日		

加入医療保険情報	被保険者証取得日	年　　月　　日 取得	
	保険種別	□ 国民健康保険　□ 全国健康保険協会 □ 共済組合　□ その他（　　）	
	保険者名支部名等		
	保険者番号		
	保険者証記号・番号	(記号)	(番号)
その他	（公費負担医療制度を受けている場合又は取得喪失した場合に記入して下さい。） 制度の名称　□ 取得（　　年　　月　　日） □ 喪失（　　年　　月　　日）		

交付請求により助成金の振込先は下記の口座へお願い致します。
なお、本助成金の受給を受けた後、高額療養費・他の公費助成金が含まれていた場合は、既に受給した助成金の差額に関する相殺等を一任致します。

振込先	銀行・信用金庫 信用組合・協同組合 (　　)	本店 支店 支所	種別	普通 当座 その他
	口座番号(左詰記載)			
	口座名義人（ﾌﾘｶﾞﾅ）			

決定	村長	参事	課長	課長補佐	係	決済年月日	年　月　日
						資格取得日	年　月　日
						台帳確認	年　月　日
	上記申請に基づき審査した結果受給資格を 登録・喪失・変更・却下 します。 ※ 登録・喪失・変更・却下事由等：						