

子育て支援医療給付金受給資格（登録・変更・再交付）申請書

（宛先）白山市長

子育て支援医療給付金受給資格証の交付を受けたいので、白山市子育て支援医療給付金支給条例施行規則第4条の規定により申請します。なお、医療給付金受給審査に必要な範囲で、世帯に係る所得調査及び市民税課税台帳の確認行為に同意します。

				申請日				
申請者 (保護者)	ふりがな				対象者との続柄			
	氏名		自署または記名押印してください		生年月日			
	日中の連絡先 (電話番号)				職業			
	住所		白山市					
	窓口に来られた方の氏名		申請者と異なる場合に記入		申請者との続柄			
対象者 (子ども)	ふりがな		性	生年月日		同居	住所	
	氏名		別			別居	(別居の場合のみ記入)	
			男・女			同・別		
			男・女			同・別		
			男・女			同・別		
申請事由		登録	出生(第 子)・転入・その他()					
		変更	住所・氏名・保険・口座・その他()					
		再発行	紛失・汚損・その他()					
転入前児童手当受給状況				事由発生日				
加入保険	被保険者氏名				記号 番号			
	資格取得日				対象者との続柄			
	保険者番号				所在地			
	保険者名称							
振込口座	(金融機関コード)	銀行		本店		口座番号		
	金融機関	信金 農協		支店 出張所				
口座名義 (カタカナ)								

