

様式第1号（第3条関係）

決裁	課長	課長補佐	係長	主査	受付	年 月 日
					伺	年 月 日
					決定	年 月 日
					発行	年 月 日
受給資格適否		適・否 (理由)		申請事由	出生・転入(. .) その他()	
				加入保険	国・政・組・日・船・共	
受給者番号				附加給付	有 (基準) ・ 無	
課税区分		課税 ・ 非課税		多子世帯該当区分		該当・非該当

※太枠内を記入してください。

年 月 日			
宇土市長 様			
申請者 (口座名義人)		住所 宇土市	番地
		氏名	
		生年月日	年 月 日
		電話 (自宅)	
		(緊急連絡先等)	
子ども医療費受給者証交付申請書			
対象児	フリガナ		生年月日 (年 月 日)
	氏名		個人番号 ()
加入保険	被保険者氏名		続柄
	記号・番号	.	保険者名
	所在地		
振込口座	銀行 支店		口座番号 普・当
	フリガナ		
	口座名義人		