

様式第1号（第3条関係）

子育て支援医療費受給資格登録申請書

令和 年 月 日

上島町長 様

申請者（保護者）

次のとおり子育て支援医療の受給資格登録の申請をします。なお、次の子どもが医療を受けた、医療保険各法による保険医療機関等の開設者に対し、上島町子育て支援医療費助成条例に基づく助成金の請求及び受領の権限を委任するとともに、保険医療機関等に係る高額療養費に該当した場合には、上島町長を代理人と定め、必要な一切の手続き及び高額医療費の受領に関する権限を委任します。

保護者	ふりがな		生年月日	年 月 日		
	氏名					
	住所			連絡先 <small>(日中連絡可能な番号)</small>		

対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日		
	氏名					
	住所	□助成対象者に同じ				
※他制度（ひとり親家庭医療、重度心身障がい者医療、生活保護受給者）を利用している方は対象外となります						

加入医療保険	記 号		番 号			
	被保険者氏名			対象者との続柄		
	保険者番号					
	保険者名称					
	保険者所在地					

受取口座	金融機関		支店名		分類	口座番号 <small>(左詰めでお書きください。)</small>					
	1. 銀行 5. 農協 2. 金庫 6. 漁協 3. 信組 7. 信漁連 4. 信連		本店・支店 本所・支所 出張所		1. 普通 2. 当座						
	金融機関コード		支店コード		口座名義人（フリガナ）						

※口座名義人は通帳の表記に合わせてください。

※ゆうちょ銀行を選択された場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号（7桁）」（通帳見開き下部に記載）をご記入ください。

※長期間入出金のない口座を記入しないで下さい。