

第1号様式（第3条関係）

受 付	年 月 日
決 定	年 月 日
受給者番号	
受給資格証発行	年 月 日

子ども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

直島町長 殿

申請者 住所

氏名

印

医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

受給資格申請者	フリガナ		生年月日		性別	男・女
	氏名					
	住所	(TEL)			子どもとの続柄	
対象となる子ども	フリガナ		生年月日		性別	男・女
	氏名					
	住所	(TEL)				
加入保険	保険者名		保険者番号		付加給付	有・無
	保険所在地	(TEL)				
	フリガナ		被保険者証 記号・番号		子ども との続柄	
	被保険者氏名					

(注) 1 対象となる子どもについての健康保険証等を申請の際に持参すること。