

受給者番号

こども医療費受給者認定申請書

年 月 日

氷川町長 様

住 所
申請者
氏 名

電話番号

対象者	ふりがな		性 別	出 生 年 月 日
	氏 名		男・女	年 月 日

加入保険	記号番号	保 険 者 名	所 在 地	附加 給付

主として生計を維持する親権者(続柄)

ふりがな		性 別	生 年 月 日
氏 名		男・女	年 月 日

勤 務 先	電 話
-------	-----

金融機関名		支店名	
-------	--	-----	--

預金種目	普通・当座	口座番号	
------	-------	------	--

フリガナ	
------	--

受取人	
-----	--