様式第１号（第３条関係）

こども医療費受給資格登録申請書

年　　月　　日提出

深谷市長　　宛て

申請者（保護者）
住　　所
氏　　名
個人番号
生年月日
電話番号

ジェネリック医薬品を希望する旨を受給資格証へ記載してよいか。
・記載してよい　　・記載してはならない

次のとおり受給資格の登録を申請します。

資格の登録に当たり住民基本台帳、国民健康保険の登録内容等を確認することに同意します。また、高額療養費及び付加給付の内容について、私、対象のこども及び私の扶養家族が加入する保険者に照会することに同意します。

対象のこども	フリガナ		個人番号		
	氏名		生年月日	年　月　日	
	住所	（申請者（保護者）と別の場合、記入）	対象のこどもからみた申請者（保護者）の続柄		※受給者番号
			父・母 その他（　　）		
対象のこども	フリガナ		個人番号		
	氏名		生年月日	年　月　日	
	住所	（申請者（保護者）と別の場合、記入）	対象のこどもからみた申請者（保護者）の続柄		※受給者番号
			父・母 その他（　　）		
対象のこども	フリガナ		個人番号		
	氏名		生年月日	年　月　日	
	住所	（申請者（保護者）と別の場合、記入）	対象のこどもからみた申請者（保護者）の続柄		※受給者番号
			父・母 その他（　　）		
対象のこども	フリガナ		個人番号		
	氏名		生年月日	年　月　日	
	住所	（申請者（保護者）と別の場合、記入）	対象のこどもからみた申請者（保護者）の続柄		※受給者番号
			父・母 その他（　　）		

この申請書を提出する際、次のものを添付してください。

対象のこどもの保険証

申請者（保護者）名義の通帳

※印の欄は、記入しないでください。