

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

深谷市長 宛て

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。

なお、市長が深谷市こども医療費支給に関する条例施行規則に基づく登録及び支給の事務を行うため、必要な範囲内で公簿の調査及び個人番号に基づく情報の取得を行うことに同意します。

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		対象のこどもからみた 申請者（保護者）の続柄 父・母 その他（ ）	※受給者番号											
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		対象のこどもからみた 申請者（保護者）の続柄 父・母 その他（ ）	※受給者番号											
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		対象のこどもからみた 申請者（保護者）の続柄 父・母 その他（ ）	※受給者番号											

この申請書を提出する際、次のものを添付してください。

申請者（保護者）名義の通帳の写し

※印の欄は、記入しないでください。