

義務教育就学児医療費受給資格者登録申請書(現況届)

伊仙町長 殿

年 月 日

次のとおり資格者登録に係る申請・現況の届出をします。

申請者	フリガナ			生年月日	年	月	日		
	氏名	(印)		児童との続柄	父・母・()				
	個人番号								
	住所	電話 ()							
	今年1月1日の住所					転入年月日	年	月	日
	前年1月1日の住所								
	加入健康保険被保険者			加入健康保険	1 国保	2 国保組合	3 健保組合	4 協会	5 共済
配偶者	フリガナ			配偶者住所	配偶者の所得			有・無	
	氏名	(印)							
	個人番号								
児童	フリガナ	続柄	生年月日		同居別居の別	監護の有・無			
	氏名								
	個人番号								
			年	月	日	同・別	有・無		
			年	月	日	同・別	有・無		
			年	月	日	同・別	有・無		
			年	月	日	同・別	有・無		
			年	月	日	同・別	有・無		
同意欄	この申請に基づく資格の審査及びその認定後における資格の確認のために必要な所得状況について、伊仙町長が公募等により確認することに同意します。								

(注意) 同意しない場合は、同意欄の文言を横線で消してください。なお、消した場合又は上記による確認においても資格の審査等ができない場合は、必要な書類を提出していただくことになります。