

受給資格要否	加入保険	
要・否(理由)	附加給付	有・無

子ども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

二本松市長

住 所 二本松市  
申請者 氏 名  
電話番号

子ども医療費の助成を受けたいので受給資格登録を申請します。  
なお、福島県乳幼児医療費助成事業補助金交付要綱に基づく補助金の交付の判定のために、市町村民税に関する情報を調査することに同意します。

受給資格者 (保護者等)	住 所	二本松市				
	フリガナ		生年月日	年 月 日	子どもとの関係	
	氏 名					
	個人番号 (マイナンバー)					

子ども (対象者)	住 所	二本松市				
	フリガナ		生年月日	年 月 日	性 別	男・女
	氏 名					
	フリガナ		生年月日	年 月 日	性 別	男・女
	氏 名					
	フリガナ		生年月日	年 月 日	性 別	男・女

加入保険	フリガナ					
	被保険者名	保険者コード				
	被保険者証の発行機関					
	同所在地					
	記 号		番 号			
	勤 務 先	電話番号				

振込口座	金融機関	銀行 金庫 組合	本店 支店 出張所	種別	口座番号				
	口座名義 (受給資格者と同一としてください。)								