

東海村医療福祉費等自己負担分助成金申請書

年 月 日

東海村長 様

申請者（窓口へ来た方）住 所 東海村.....

氏 名.....

受給者住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
受給者氏名	※制度を受ける方（お子さん、妊婦さん、障害者手帳をお持ちの方など）のお名前			
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日			
被保険者証等 記号・番号	保険者番号	記号	番号	枝番
	資格認定日 年 月 日	被保険者 受給者の（父・母・夫・妻） 受給者本人・その他（ ）		
振込先	銀行・信組・労金 信金・農協			支店
預金種目及び 口座番号	普通・当座	銀行コード	支店コード	口座番号
フリガナ				
口座名義人				
電話番号	※平日の昼間に御連絡がとれる電話番号 — —		受給者の（父・母・夫・妻） 受給者本人・自宅・その他（ ）	
妊産婦用	出産 予定日	年 月 日	母子健康手帳 交付日	年 月 日