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	□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