

こども医療費受給資格登録申請書

朝霞市長 宛

氏 名

(対象こどもとの続柄：

①こども医療費の資格登録に関して、受給資格の有無及び所得状況等について、公簿等で確認することに同意します。

②公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。

[illegible]