

様式第1号(第3条、第6条関係)

乳幼児医療費受給資格証交付(更新)申請書

南部町長 様

令和 年 月 日

以下のとおり乳幼児医療費給付制度の受給資格の認定を申請します。

併せて、受給資格の認定申請及び毎年度の受給資格証の更新にあたり、保護者の所得に関する情報を閲覧することに同意します。

保護者 (生計中心者)	住所	〒 ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー 南部町大字												
	ふりがな													
	氏名													
	個人番号													
配偶者	ふりがな													
	氏名													
	個人番号													
対象乳幼児	ふりがな													
	氏名													
	個人番号													
	生年月日	年	月	日	続柄	子・その他()								
	加入保険	保険の種類	組合 ・ 社会保険 ・ 国民健康保険											
		記号・番号	記号					番号						
	ふりがな													
	氏名													
	個人番号													
	生年月日	年	月	日	続柄	子・その他()								
加入保険	保険の種類	組合 ・ 社会保険 ・ 国民健康保険												
	記号・番号	記号					番号							

※備考

不備書類 健康保険証の写し