

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	〒 一 連絡先 一 一			
	ふりがな				
	氏 名				
	個人番号
配偶者	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		
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		

※備考

不備書類 健康保険の資格確認ができるもの

<input type="checkbox"/> 目視確認	※職員記入欄
記号・番号 :	・
資格取得日 :	
被保険者 :	

(裏)

同 意 書

下記の者は、南部町が南部町乳幼児医療費給付条例第3条に基づく事務手続きを処理するために限って令和6年度の地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

同意者 (申請者)	申請者との続柄	本人
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	(申請者の)
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居

記載要領

1 同意する者が自ら署名を行うこと。なお、同意する者が申請者と同居している場合は、

- 1 を記入することにより住所の記入を省略してもよい。
- 2 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。
- 3 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は裏面又は欄外に記載して差し支えない。