様式第１号(第３条、第６条関係)

子ども医療費受給資格証交付（更新）申請書

以下のとおり子ども医療費給付制度の受給資格の認定を申請します。

南部町長　　様　　年　　月　　日

保護者（生計中心者）	住　所		〒　　－　　連絡先　　－　　－ 南部町大字												
	ふりがな														
	氏　名														
	個人番号														
対象子ども	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							

□　目視確認　※職員記入欄
記号・番号：　　・
資格取得日：
被保険者　：

※備考(町記入欄)

不備書類　　□　健康保険の資格確認ができるもの