

子ども医療費受給資格認定申請書

江差町長 様

下記のとおり、子ども医療費受給者証の交付を申請します。

記

申請日	年 月 日					
申請者 (保護者)	フリガナ			住所		
	氏 名					
	生 年 月 日	年 月 日	電話 ()			
	個 人 番 号			受給対象者との続柄	父 ・ 母 ・ ()	
受給対象者の状況	受給者番号					
	受給対象者名	フリガナ				
		氏 名				
	個人番号					
	生年月日	(満 歳)		(満 歳)		
	保護者との続柄・性別	(男・女)		(男・女)		
	保険種別	協・組・日・船・共・国・後	記 号 号	附 給 加 付 有 ・ 無		
被保険者証発行機関名			所在地			
主たる生計維持者	フリガナ			受給対象者との続柄	父 ・ 母 ・ ()	
	氏 名					
□申請者に同じ	住所					
添付書類等	保険証					

※決定欄	課 長		主 幹		係 長		係		決定年月日	年 月 日
	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。 2 次の理由により上記申請を却下する。									
	却下理由									
※確認事項	□世帯状況 □生年月日 □所得状況 □生活保護 □その他 []								確認年月日	年 月 日
									確 認 者	

(注) 申請者は※欄は、記入しないでください。