別記様式第1号（第2条関係）

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	令和　　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					
	受給対象者名 氏名					
	個人番号					
	生年月日	（満　歳）	（満　歳）	（満　歳）		
	保護者との続柄・性別	（男・女）	（男・女）	（男・女）		
	保険種別	協・組・日・船・共・国・後	記号番号		附加給付	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。