

乳幼児等医療費受給資格認定申請書

平成 年 月 日

厚真町長 様

申請者 住 所 厚真町

氏 名



TEL - -

乳幼児等医療費受給者証の交付を申請します。

保 護 者 <small>※申請者と同じ場合は不要</small>	フリガナ				住所	
	氏 名				TEL - -	
	男・女	昭和・平成	年	月	日生	
受給対象者の状況	フリガナ					
	受給対象者名					
	生 年 月 日	平成 年 月 日生 (満 歳)	平成 年 月 日生 (満 歳)	平成 年 月 日生 (満 歳)		
	保護者との続柄					
	保護者との同居 別 居 の 別	同居・別居		同居・別居		同居・別居
	父 の 氏 名					
	母 の 氏 名					
医療加入 保 険	保 険 種 別	政・後・組・船・共・国	記 号 番 号		付 加 給 付	有 ・ 無
	被保険者証発行 機 関 名			所 在 地		
添 付 書 類 等	【必須】課税証明書(転入)					

※この申請につき、資格の認定に必要な世帯員の所得状況について公簿等による確認に同意します。

課税台帳により確認	確認	初・課
年 月 日	印	町・道