

乳幼児等医療費受給資格認定申請書

平成〇〇年△△月□□日

厚真町長 様

申請者 住所 厚真町 京町〇〇番地

氏名 厚真 太郎 押印

TEL 090-〇〇〇〇-△△△△

保護者の方が申請する場合は、記載不要です。

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	アツマ ハナコ										
	受給対象者名	厚真 花子										
	生年月日	平成〇年△月□日生 (満〇〇歳)	平成	年	月	日生	平成	年	月	日生	(満	歳)
	保護者との続柄	子			どちらかに○							
	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	厚真 太郎										
	母の氏名	厚真 梅子										
医療加入 保険	保険種別	政・後・組・船・共・ 国	記号番号	厚真-〇〇〇	付加給付	有・無						
	被保険者証発行 機関名	厚真町		所在地	厚真町京町120番地							
添付 書類等	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 加入している医療保険について記入 【必須】課税証明書(転入) </div>											

※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