

様式第1号(第3条関係)

乳幼児医療費受給資格認定申請書

令和 年 月 日

厚真町長 様

住所 厚真町

申請者

氏名

印

乳幼児医療費受給者証の交付を申請します。

保 護 者	ふりがな				住所 厚真町	
	氏 名				TEL ()	
	男・女	年 月 日生				
受給対象者の状況	ふりがな					
	受給対象者名					
	生 年 月 日	年 月 日生 (満 歳)	年 月 日生 (満 歳)	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					
加 入 医 療 保 険	保 険 種 別	政・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						

※この申請につき、受給資格の期間において資格の認定に必要な私及び私の世帯員の所得状況について、公簿による確認を承諾します。