

様式第1号（第2条関係）

乳幼児医療費受給資格登録・資格証交付申請書

年 月 日

門川町長 様

乳幼児に係る医療費の助成を受けたく、下記のとおり乳幼児医療費受給資格の登録及び乳幼児医療費受給資格証の交付を申請します。申請にあたり、受給申請時及び受給期間中に、世帯の所得・税額の状況及び助成対象者の属する世帯の構成・異動の状況について、調査・確認を行うことに同意します。

申 請 者 (保護者)	住所	(Tel —)
	氏名	印 (乳幼児との続柄)

記

乳 幼 児	ふりがな		男・女	生年月日
	氏 名			平成 年 月 日
	ふりがな		男・女	生年月日
	氏 名			平成 年 月 日
ふりがな		男・女	生年月日	
氏 名			平成 年 月 日	
	住 所			
医 療 保 険	保険種別	政 ・ 組 ・ 日 ・ 船 ・ 共 ・ 国 ・ 国 組		
		被保険者証等の記号・番号		
	保険者名			
	附加給付	有 ・ 無		
備 考				