

様式第1号(第2条関係)

子ども医療費受給資格証交付申請書

乳 幼 児 又 は 児童氏名		ふりがな	男 ・ 女	生年月日	平 成 年 月 日 令 和	
住 所		穴水町字			保護者との続柄	
保 護 者	氏 名	ふりがな	加 入 健康保険	(記号番号)		
				(保険者名)		
者	住 所			付加給付 の状況	有() ・ 無	
振 込 先	銀行・信用金庫・農協		口座名義人 (保 護 者)			
	支店	番号				
※ 金融機関 コード		—		※ 個 人 コード	(子) (保)	

上記のとおり、受給資格者証の交付を申請します。なお、本申請の審査に必要な範囲において、世帯に係る所得状況について調査されることに同意します。

令和 年 月 日

穴 水 町 長

申 請 者
(保 護 者) 氏 名
電 話 番 号 () -