

## 子ども医療費受給資格者(認定・更新)申請書

令和5年 2月 12日

芽室町長 様

申請者 住 所 芽室町東2条2丁目14番地

氏 名 芽室 太朗

印

電話番号 090-XXXXX-XXXXX

子ども医療費受給者証の交付を申請します。

保護者	ふりがな めむろ たろう	住所			
	氏名 芽室 太朗	男・女	芽室町東2条2丁目14番地		
	生年月日 昭和60年 5月 1日生				
受給対象の状況	対象者氏名	ふりがな めむろ はる 芽室 春	ふりがな めむろ なつ 芽室 夏	ふりがな	
	生年月日	平成17年 10月 1日生	平成18年 11月 1日生	年 月 日生	
	(年齢)	(満 17歳)	(満 16歳)	(満 歳)	
	保護者との続柄	長女	次女		
	保護者との同居・別居の別	同居・別居	同居・別居	同居・別居	
	父の名前	芽室 太朗	芽室 太朗		
	母の名前	芽室 花子	芽室 花子		
医療保険	保険種別	政・組・日・船・共・国	記号番号	付加 給付	有・無
	発行機関	記入不要です。 所在地			
添付書類	この申請にあたっては、「所得の状況を証明できる書類(所得証明等)」及び被保険者証を添えること。				

町長	副町長	課長	補佐	係長	係	合議

決定日

年 月 日