

子ども医療費受給資格者(認定・更新)申請書

年 月 日

芽室町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

印

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		住所		
	氏名	男 ・ 女			
	生年月日	年 月 日生			
受 給 対 象 の 状 況	対象者氏名	ふりがな	ふりがな	ふりがな	
	生年月日	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生	
	(年齢)	(満 歳)	(満 歳)	(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 名前				
	母の 名前				
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		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