

様式第2号(第2条関係)

決 裁	課長	課長 補佐	係長	本庁 担当者	支所 担当者	受付	年月日
						伺	年月日
						決裁	年月日
受給資格の 判定		適				否(理由)	
種別		入院() 通院()					

子ども 医療費受給者証交付申請書							
受給申請者	ふりがな				性別	男・女	
	氏名				生年月日	年 月 日	
	住所	電話番号			児童との続柄		
	職業		勤務先	電話番号			
児童	ふりがな				性別	男・女	
	氏名				生年月日	年 月 日	
	住所				出生順位 (子のみ)	第 子	
加入 保 険	記号番号						
	政・組・日・船・共・国保						
	被保険者氏名						
	保険者名						
	保険者住所						
	附加給付の有無			有・無	負担割合		
振込指定機関		金融 機関				氏名 口座番号	
<p>上記のとおり受給者証の交付を申請いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 氏名</p> <p>阿賀町長 様 ㊟</p>							

(注)

- 1 申請の際必ず保険証及び母子健康手帳を持参のこと。
- 2 第3子以降の申請の際は、第3子以降であることを確認できるものを持参のこと。
- 3 申請者は、太枠欄を記入しないこと。