

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 申請の際必ず加入医療保険者資格情報が分かる書類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。