

様式第 1 号 ( 第 3 条、第 6 条関係 )

乳幼児医療費受給資格証交付(更新)申請書

年 月 日

東北町長 様

(保護者)

住 所 東北町

氏 名

連絡先

( )

東北町乳幼児医療費給付条例第 4 条の規定により下記のとおり申請します。

記

対象者	乳 児 幼 児 ( 歳児)	氏 名	生 年 月 日	続 柄
対象者	乳 児 幼 児 ( 歳児)	氏 名	生 年 月 日	続 柄
対象者	乳 児 幼 児 ( 歳児)	氏 名	生 年 月 日	続 柄

	保 険 の 種 類	保 険 者	付加給付 の 有 無	記 号 ・ 番 号
加入 保険	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 国保 / 国保組合</li> <li>・ 社保(組保管掌)</li> <li>・ 社保(全健保管掌)</li> <li>・ 共済( )</li> <li>・ その他</li> </ul>		有 ・ 無	記号 番号

担当者記入欄

受給資格証番号	
受給資格証番号	
受給資格証番号	