

様式第 1 号 (第 5 条、第 7 条関係)

中学生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

()

東北町中学生医療費助成事業要綱第 5 条 (第 7 条) の規定により下記のとおり申請します。

記

対象者	中学生 (歳児)	氏 名	生 年 月 日	続 柄
			.	.
対象者	中学生 (歳児)	氏 名	生 年 月 日	続 柄
			.	.
対象者	中学生 (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"> ・ 国保 / 国保組合 ・ 社保 (組合管掌) ・ 社保 (全健保管掌) ・ 共済 () ・ その他 		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	