

第1号様式(第3条、第6条関係)

平内町乳幼児医療費受給資格証交付(更新)申請書

平成 年 月 日

平内町長 逢坂 雄一 殿

(保護者)

郵便番号 ー

住 所 平内町大字 字

氏 名 (父)

㊞

(母)

電話番号 ()

平内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。

対象者	乳 児	氏 名	生年月日	続 柄
	幼 児 (歳児)		平成 年 月 日	
対象者	乳 児	氏 名	生年月日	続 柄
	幼 児 (歳児)		平成 年 月 日	

加入 保険	保 険 の 種 類	保 険 者	付加給付の有無	記 号 ・ 番 号
	国 保 ・ 社 保			

※	扶養者数	人	所 得 額	円	資格証番号	
---	------	---	-------	---	-------	--