

第1号様式(第3条、第5条関係)

平内町乳幼児・子ども医療費受給者証交付(更新)申請書

平成 年 月 日

平内町長 船橋茂久 殿

(保護者) 千

住 所 平内町大字

氏 名 (父)

㊞

(母)

電話番号 ()

平内町乳幼児・子ども医療費給付条例第4条の規定により下記のとおり申請します。

対象者	乳 児 幼 児 子 ど も (歳児)	氏 名	生 年 月 日	続 柄
			平成 年 月 日	
対象者	乳 児 幼 児 子 ど も (歳児)	氏 名	生 年 月 日	続 柄
			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	受給者証番号	
--------	---	-----	---	--------	--