様式1号

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 主管課長 | 係長 | 主査 | 係 | 一般回覧 |
|  |  |  |  |  |
| 受給者番号 | 産山 | 受給資格 |  |
| 伺 | 年　　月　　日 | 受付 |  |
| 有効期限 | 年　　月　　日年　　月　　日 |

|  |
| --- |
| 乳幼児・子ども医療費等受給者資格申請書産山村長　　　　　　　　　　　様住所申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　 印 |
| 乳幼児･児童 | ふりがな |  | 男女の別 | 男　　女 |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 加入保険 | 記号番号 | 保険者名 | 所在地 | 附加給付の給付基準 |
|  |  |  |  |
| 主として生計を維持する親権者（続柄　　　　　） |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  | 職業 |  |
| 勤務先 |  | 電話 |  |