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 | |  | |