

美浜町乳幼児・子ども医療費受給資格証交付〔更新〕申請書

年 月 日

美浜町長 様

美浜町乳幼児・子ども医療費受給資格証の交付又は更新について、下記のとおり申請します。

なお、この申請に伴う事務について、申請者及び申請者の世帯員等の課税資料等を閲覧すること及び関係機関への照会及び調査することについて同意します。

住 所

申請者 氏 名

電話番号

給 付 対 象 者	フリガナ		
	氏 名		
	個人番号		
	生年月日		
	続 柄		
	加 入 保 険	被保険者名等	
		保険の種類	
		記号番号	
		附加給付の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		保険者名	
資格証交付番号			
給付対象者と認めない 認めない理由			
給付対象者と認める 給付対象者と認める年月日 年 月 日			