

様式第1号(第4条関係)

南部町子育て支援医療費助成金受給資格者証交付申請書

年	月	日
---	---	---

南部町長 様

申請者 (保護者)	住所	南部町 番地 電話
	氏名	印 (子どもとの続柄)

子どもに係る医療費の助成を受けたいので、下記のとおり子育て支援医療費助成金受給資格者証の交付を申請します。

記

太枠の箇所は、必ず記入をお願いします。

子ども	ふりがな		男・女	生年月日
	氏名			年 月 日
	住所	南部町		
医療保険	保険種別	政管健保 組合保険 共済組合 国保 その他()		
	保険証記号・番号			
	保険者名	医療保険の名称を記入してください。 例 社会保険だと、 社 会保険など		
附加給付	有 ・ 無			
備考				