

様式第1号 (第3条、第6条関係)

乳幼児・児童医療費受給資格証交付 (更新) 申請書

平成 年 月 日

外ヶ浜町長 様

(保護者) 住所 外ヶ浜町字  氏名 <span style="float: right;">㊞</span>
--

外ヶ浜町乳幼児・児童医療費給付条例第4条の規定により下記のとおり申請します。

対象者	氏名(乳幼児・児童)	生 年 月 日	年齢・学年
		平成 年 月 日	歳 学年
対象者	氏名(乳幼児・児童)	生 年 月 日	年齢・学年
		平成 年 月 日	歳 学年

加入 保険	保険の種類	保険者番号 保険者名	付加給 付の有 無	記号・番号
	国保 社保	.....	有 無	記号 ..... 番号

振込 先	金融機関名	種類	口座番号	口座名義
	店			

\* 太枠内を記入してください。更新申請の場合は、振込先の記入は不要です。  
新規の申請の場合、今まで、役場に登録している口座番号を記入してください。

受給資格証番号	
---------	--

