

様式第1号(第3条、第5条関係)

乳幼児・児童医療費受給資格証交付(更新)申請書

年 月 日

外ヶ浜町長 様

(保護者)

住所

氏名

TEL

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	乳児・幼児・児童	氏 名	生 年 月 日	続 柄
	(歳児)			
対象者	乳児・幼児・児童	氏 名	生 年 月 日	続 柄
	(歳児)			

加入保険	保険の種類	保 険 者	付加給付の有無	記号・番号

※ 資格証番号

--