

様式第1号(第4条関係)

子育て支援医療費助成金受給資格者証交付申請書

身延町長

様

年 月 日

申請事由		出 生 転 入 その他 ()			
事由が発生した日		年 月 日			
保 護 者	フリガナ 氏 名	①		小児との 続 柄	
	住 所	身延町 電話		生年月日	S H 年 月 日
小 児	フリガナ 氏 名		男・ 女	生年月日	年 月 日
	フリガナ 氏 名		男・ 女	生年月日	年 月 日
	フリガナ 氏 名		男・ 女	生年月日	年 月 日
	フリガナ 氏 名		男・ 女	生年月日	年 月 日
保険種別		国保 (身延町 ・ 国保組合 ・ 他) 社保 (協会 ・ 健保組合 ・ 共済組合 ・ 他)			
備考		年 月 日 交付			

※ 届出人は、太枠内の事項を記入してください。

※ 小児全員の保険証のコピーを添付してください。

※ 身延町国保に加入している方は『委任状兼同意書』を提出してください。