

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	 ⑥		小児との 続 柄		
	個人番号					
	住 所	身延町 電話		生年月日	年 月 日	
小 児	フリガナ氏名			男・女	生年月日	年 月 日
	個人番号					
	フリガナ氏名			男・女	生年月日	年 月 日
	個人番号					
	フリガナ氏名			男・女	生年月日	年 月 日
	個人番号					
	フリガナ氏名			男・女	生年月日	年 月 日
	個人番号					
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。

※ 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。