

(様式第1号)

乳幼児医療費 受給資格登録 申請書
受給資格証交付

平成 年 月 日

綾町長 様

申請者 (保護者)	住所	
	氏名	印 (乳幼児との続柄)

乳幼児に係る医療費の助成を受けたいので、下記のとおり乳幼児医療費受給資格の登録及び乳幼児医療費受給資格証の交付を申請します。

記

乳 幼 児	ふりがな 氏 名		男 ・ 女	生年月日 平成 年 月 日
	住 所			
医 療 保 険	保険種別	政 ・ 組 ・ 日 ・ 船 ・ 共 ・ 国 ・ 国組		
	被保険者証等の記号・番号			
	保険者名			
	附加給付	有 ・ 無		
備 考				