

(様式第1号)

子ども医療費 受給資格登録 申請書
受給資格証交付

年 月 日

綾町長 様

申請者 (保護者)	住所	
	氏名	印 (続柄)

子どもに係る医療費の助成を受けたいので、下記のとおり子ども医療費受給資格の登録及び子ども医療費受給資格証の交付を申請します。

記

対象者	ふりがな 氏名		男・女	生年月日 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				