

乳幼児等医療費受給者証交付申請書  
(出生・転入・その他)

年 月 日

枝幸町長 様

個人番号  
住 所  
氏 名  
(電話番号)

印

下記のとおり、乳幼児等医療費受給者証の交付を申請します。

保 護 者	ふりがな				男 ・ 女
	氏 名				
	個人番号		生 年 月 日	年 月 日	
	居 住 地		対象者との続柄		
申 請 内 容	受給者番号				
	個人番号				
	受給対象者氏名	ふりがな	ふりがな	ふりがな	
		氏名	氏名	氏名	
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
		男 ・ 女 (満 歳)	男 ・ 女 (満 歳)	男 ・ 女 (満 歳)	
	居住状況	同居 ・ 別居 (別居地 )	同居 ・ 別居 (別居地 )	同居 ・ 別居 (別居地 )	
		父 の 名 前			
	母 の 名 前				
	保 険 種 別				
記 号 番 号					
保 険 者 の 名 称					
保 護 者 同 意 事 項	今後の受給対象者世帯の所得状況と他制度による医療費助成状況等の確認に同意します。  保護者氏名			印	
添 付 書 類	この申請に当たっては、「乳幼児等医療費受給者証」と「被保険者証」又は「組合員証」を添えること。				
決 定 欄	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。	受 付 印			
	2 次の事由により、上記申請を却下する。 (理由 )				
	3 その他 ( )				

所得公簿確認

(確認日 . . )