

子ども医療費受給資格登録兼受給資格証交付申請書

年 月 日

川南町長 様

申請者 (保護者)	住 所	川南町大字																			
	氏 名	印 (子どもとの続柄) 電話番号 — — ※氏名を自署した場合は、押印を省略できます。																			
	個人番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																			

川南町子どもの医療費助成に関する条例（平成27年川南町条例第10号）に基づき子どもの医療費助成を受けたいので、川南町子どもの医療費助成に関する条例施行規則（平成27年川南町規則第14号）第3条第1項の規定により、下記のとおり子どもの医療費助成に係る受給資格の登録及び受給資格証の交付を申請します。

記

子 ど も	ふりがな													男 ・ 女	生年月日 平成 年 月 日				
	氏 名																		
	個人番号																		
	住 所	同上・																	
医 療 保 険	保険種別																		
	被保険者証等の記号・番号																		
	保険者名																		
	付加給付	有 ・ 無																	
備 考																			