

様式第1号（第2条関係）

				受付番号		
				個人番号		
決 裁	課長	班長	班員	担当者	受付	年 月 日
					伺	年 月 日
					決裁	年 月 日
受給資格 の判定		適		否（理由）		
種別		入院（ ）		通院（ ）		

子				<h2 style="margin: 0;">子ども医療費受給者証交付申請書</h2>			
受 給 申 請 者	ふりがな			性別	男 ・ 女		
	氏名			生年月日	年 月 日		
	個人番号						
	住所	津南町大字					
	電話番号			子どもとの続柄			
	職業						
	勤務先			勤務先電話番号			
子 ど も	ふりがな			性別	男 ・ 女		
	氏名			生年月日	年 月 日		
	住所	津南町大字		出生順位	第 子		
加 入 保 険	記号番号						
	協会けんぽ ・ 組合（一般・退職） ・ 船員 ・ 共済 ・ 国保 ・ 他国保						
	被保険者（世帯主）氏名						
	保 険 者 名						
	保 険 者 番 号						
	保 険 者 住 所						
	負 担 割 合						
<p>上記のとおり受給者証の交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 津南町大字</p> <p style="text-align: right;">申請者 （集落名： ）</p> <p>津南町長様 氏名 印</p>							