規則様式第１号の3（第５条、第９条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決　裁 | 町　長 | 副町長 | 総務課長 | 担当課長 | 係 | 合　議 | 受　付 |
|  |  |  |  |  |  |  |

子ども等医療費受給資格証　交付 ・ 再交付　申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 交付事由 | 事由 | 出生　・　転入　・　汚損　・　紛失　・　その他（　　　　　　　　　） |
| 事由発生年月日 | 年　　　月　　　日 | 交付　・　再交付 |
| 助成対象者（子） | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 性　別 | 男　　・　　女 |
| 氏　名 |  | 生年月日 | **H ・ R**　　　　　年　　　月　　　日 |
| 住　所 | 飯南町 |
| 加入保健種別 | 国保　・　協会けんぽ　・　共済　・　組合その他( 　　　　　　　　　　　) | 記　号 |  |
| 番　号 |  |
| 保険者名称 |  | 付加給付 | 有 ・ 無 |
| 受給資格者（保護者） | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 性　別 | 男　　・　　女 |
| 氏　名 |  | 生年月日 | **S ・ H**　　　　　年　　　月　　　日 |
| 住　所 | （※同じ場合は　同上 ）〒 |
| 飯南町長　様上記のとおり、子ども等医療費受給資格証の交付（再交付）を申請します。 　**R**　　　　年　　　　月　　　　日申請者　　住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　－　　　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　子ども等との続柄（　　　　　　　　　　　　　　　） |

 **※　押印不要**

**◎添付書類 ： 助成対象者の健康保険証のコピー**