

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	R 年 月 日				交付 ・ 再交付	
助 成 対 象 者 (子)	フリガナ		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				記 号	
		その他()				番 号	
	資格取得 年月日	平成・令和 年 月 日					
保険者 名称					付加給付	有 ・ 無	
受 給 資 格 者 (保 護 者)	フリガナ		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 ()							

◎添付書類 : 助成対象者(子)の「健康保険資格確認証」、「資格確認のお知らせ」、または「マイナ保険証資格情報が分かる書類」等のコピー