

様式第1号

乳幼児医療費受給資格認定申請書

年 月 日

西興部村長

殿

住所 紋別郡西興部村字

保護者

氏名

印

乳幼児医療費受給者証の交付を申請します。

保護者名		ふりがな		住所 西興部村字 TEL ()			
		氏名					男 女
		M T 年 月 日生 S					
受給対象者の状況	受給対象者名	ふりがな		ふりがな			
		氏名		氏名			
	生年月日	年 月 日生 (満 歳)		年 月 日生 (満 歳)			
	保護者との 属 柄						
	保護者 同居 との 別居	同居 ・ 別居		同居 ・ 別居			
	父の氏名						
	母の氏名						
加入医療保険	保険種別	政・組・日・船・共・国	記号 番号		附加 給付	有 無	
	被保険者証 発行期間名		所在地				
添付書類等	この申請に当っては、「被保険者証」を添えるか、又は「被保険者証」を見て該当するところへ で囲むか、記入して下さい。						