

様式第1号(第2条関係)

					受給者証番号						
決 裁			課長	担当	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()										

㊦ 子ども医療費受給者証交付申請書											
受給申請者	ふりがな					性 別	男 ・ 女				
	氏 名					生年月日	年 月 日				
	住 所	魚沼市				TEL					
	職 業			勤務先	TEL						
児 童	ふりがな					性 別	男 ・ 女				
	氏 名					生年月日	年 月 日				
	住 所	魚沼市				出生順位	第 子				
加 入 保 険	記 号 番 号										
	協・組(一般・退職)・船・共・国保										
	被保険者(世帯主)氏名										
	保 険 者 名										
	保 険 者 住 所										
	負 担 割 合										
上記のとおり受給者証の交付を申請します。 あわせて、子ども医療費助成のため、公簿等の閲覧を承諾します。 <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 魚沼市</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏 名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> 魚沼市教育委員会 様											

- (注) 1 氏名を自署する場合は、押印を省略することができる。
 2 申請の際必ず保険証を持参のこと。
 3 申請者は太枠欄を記入しないこと。