

様式第1号（第5条関係）

決	総務課長	主務課長	課長補佐	企画員	担当	受	付
裁						決	定
						台	帳 記 入
資 格 証 発 行	要 ・ 否					発	行

児童生徒等医療費受給資格証 交付・再交付 申請書

児 童 生 徒 等	ふりがな		生年月日	平成 年 月 日	
	氏 名				
	住 所	奥出雲町			
受 給 資 格 者	ふりがな		生年月日	昭和 平成 年 月 日	
	氏 名				
	住 所	奥出雲町		児童生徒等 との続柄	
	電話番号	() —			
加 入 保 険	被 保 険 者 氏 名		被保険者の 記号番号		
	保 険 種 別	協・組・船・共・国		附 加 給 付 の 有 無	有・無
	保 険 者 名				認 定 年 月 日
資 格 証 交 付 再 交 付 申 請 事 由	1 制度の年齢要件に該当するため 4 亡失したため 2 転入してきたため 5 その他() 3 破損したため (交付事由発生年月日 令和 年 月 日)				
上記のとおり、児童生徒等医療費受給資格証の交付(再交付)を申請します。 令和 年 月 日 住 所 奥出雲町 申請者 氏 名 電話番号() — (児童生徒等との続柄) 奥出雲町長 様					