

様式第1号(第4条、第9条関係)

決 裁	主務課長	課長代理	課長補佐	係長	企画員	担当	受 付	
							決 定	
							台帳記入	
資格証発行		要 ・ 否					発 行	

子ども等医療費受給資格証 交付・再交付 申請書

子 ど も 等	ふりがな		生 年 月 日	H	年	月	日
	氏 名			R			
	住 所	奥出雲町					
受 給 資 格 者	ふりがな		生 年 月 日	S	年	月	日
	氏 名			H			
	住 所	奥出雲町		乳 幼 児 等 と の 続 柄			
	電 話 番 号	() —					
加 入 保 険	被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 記 号 番 号 (枝 番)	()			
	保 険 種 別	協・組・船・共・国		附 加 給 付 の 有 無		有・無	
	保 険 者 番 号 保 険 者 名				認 定 年 月 日 年 月 日		
個 人 番 号 (マ イ ナ ン バ ー)							
資 格 証 申 請 事 由	交 付 再 交 付	1 出生したため 2 転入してきたため 3 破損したため		4 亡失したため 5 その他()			
(交付事由発生年月日 年 月 日)							
<p>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。</p> <p>なお、子ども等医療費助成対象者の保険情報について、個人番号を用いて確認することを奥出雲町長に委任します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所 奥出雲町</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">電話番号() —</p> <p style="text-align: center;">(子ども等との続柄)</p> <p>奥出雲町長 様</p>							

※職員記入欄 保険内容確認 マイナンバーカード 保険資格証(コピー) 確認者