

様式第1号の3(第5条、第9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	

乳幼児等医療費受給資格証 交付・再交付 申請書

乳幼児等	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 年 月 日	
	氏 名				
	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		被保険者の記号番号		
	保 險 種 別	協・組・船・共・国		附加給付の有無	有・無
	保 險 者 名				認定年月日
		年 月 日			
資 格 証 交 付 再 交 付 申 請 事 由	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 令和 年 月 日)				
上記のとおり、乳幼児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( ) —					
(乳幼児との続柄 )					
奥出雲町長 様					