

様式第1号(第4条関係)

子ども医療費助成金受給資格者証交付申請書

富士河口湖町長 様

平成 年 月 日

受給者番号					
有効期限		平成 年 月 日まで			
申請者	フリガナ			子どもとの 続柄	
	氏名	印 (自署の場合押印省略可)			
	住所	富士河口湖町 電話 ー		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	勤務先 又は職業	電話 ー			
子ども	フリガナ			男・女	平成 年 月 日
	氏名				
加入 保険	記号番号		資格取得	年 月 日
	被保険者 (世帯主) 氏名				
	保険者名	名称()			
	保険種別	国保・社保(協会・組合・共済・他)			
	保険者番号				
備考		年 月 日交付 年 月 日再交付			

届出人は、太枠内の事項を記入してください。