

別記第1号様式（第2条関係）

乳幼児等医療費受給資格者登録申請書

年 月 日

美 深 町 長 様

申請者 住所  
氏名  
対象者との続柄

下記のとおり乳幼児等医療費受給資格の登録を受けたいので申請します。（出生・転入・その他）

|        |        |        |       |        |  |
|--------|--------|--------|-------|--------|--|
| 受給者    | 住所     |        |       | 加入医療保険 |  |
|        | 氏名     | (ふりがな) | 種別    |        |  |
|        | 個人番号   |        | 名称    |        |  |
|        |        |        | 記号・番号 |        |  |
| 対象者    | 氏名     | 生年月日   | 性別    |        |  |
|        | (ふりがな) | 年 月 日  | 男 ・ 女 |        |  |
|        | ①      |        |       |        |  |
|        | 個人番号   |        |       |        |  |
|        | (ふりがな) | 年 月 日  | 男 ・ 女 |        |  |
|        | ②      |        |       |        |  |
|        | 個人番号   |        |       |        |  |
|        | (ふりがな) | 年 月 日  | 男 ・ 女 |        |  |
|        | ③      |        |       |        |  |
|        | 個人番号   |        |       |        |  |
| (ふりがな) | 年 月 日  | 男 ・ 女  |       |        |  |
| ④      |        |        |       |        |  |
| 個人番号   |        |        |       |        |  |
| (ふりがな) | 年 月 日  | 男 ・ 女  |       |        |  |
| ⑤      |        |        |       |        |  |
| 個人番号   |        |        |       |        |  |
| 受給者証   | 受給者番号  | 交付日    | 年 月 日 |        |  |
|        |        | 有効期限   | 年 月 日 |        |  |

乳幼児等医療費受給者証の交付を受けるために、私の世帯の所得及び課税状態を受給資格が喪失するまでの間美深町担当職員が調査することについて、代表して同意（承諾）します。

氏名

所得・課税台帳により所得確認  
住民基本台帳により確認  
年 月 日確認  
確認者氏名  
( 1割・初診 )

