

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	
			種別	
	氏 名	(ふりがな)	名称	
	個人番号		記号・番号	
対 象 者		氏 名	生年月日	性 別
	①	(ふりがな)	年 月 日	男 ・ 女
	個人番号			
	②	(ふりがな)	年 月 日	男 ・ 女
	個人番号			
	③	(ふりがな)	年 月 日	男 ・ 女
	個人番号			
	④	(ふりがな)	年 月 日	男 ・ 女
	個人番号			
	⑤	(ふりがな)	年 月 日	男 ・ 女
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

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)
印