


別記様式第1号の3(第2条関係)

決裁	課長	補佐	係長	担当者	受付	年 月 日
					伺	年 月 日
					決裁	年 月 日
受給資格の判定	適			否(理由)		種別
						入院・通院 ()・()

 児童医療費受給者証交付申請書						
受給申請者	受給期間	年 月 日から	受給者証番号	性別		
	ふりがな	年 月 日まで	性別	男・女		
	氏名		生年月日	年 月 日		
	住所	妙高市	TEL	児童との続柄		
児童	職業		勤務先	TEL		
	ふりがな		性別	男・女		
	氏名		生年月日	年 月 日		
加入保険	住所	妙高市	出生順位	第 子		
	記号番号					
	政・組(一般・退職)船・共・国保					
	被保険者(世帯主)氏名					
	保険者名・保険者番号					
	保険者住所					
負担割合						
標準負担額減額認定証の有無	有・無		(有効期限 年 月 日)			
<p>上記のとおり受給者証の交付を申請します。 なお受給者証交付申請のため、私及び私の世帯員の課税台帳閲覧(確認)を認めます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 妙高市 申請者 氏名</p> <p>妙高市長 宛て 印</p>						

(注)1氏名を自署する場合は、押印を省略することができる。

2申請の際必ず保険証、標準負担額減額認定証(保険者から交付されたものに限る)を持参のこと。

3申請者は太枠欄を記入しないこと。