

様式第1号の3 (第5条、第9条関係)

決裁	町長	副町長	課長	係長	係	受 付	
						決 定	
						台帳記入	
資格証発行		要 ・ 否				発 行	

子ども等医療費受給資格証 交付・再交付 申請書

子ども等	ふりがな		生年月日	年 月 日	
	氏 名				
	住 所	隠岐の島町			
受給資格者	ふりがな		生年月日	年 月 日	
	氏 名				
	住 所	隠岐の島町		子ども等 との続柄	
	電話番号				
加入保険	被保険者氏名		被保険者証の 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				
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 年 月 日)				
上記のとおり、子ども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 申請者 住 所 隠岐の島町 氏 名 電話番号 ( ) - (子ども等との続柄 ) 隠岐の島町長 様					

申請者確認	<input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> 免許証	<input type="checkbox"/> その他 ( )
-------	--------------------------------	------------------------------	----------------------------------