

<h2 style="margin: 0;">子どもはぐくみ医療費受給者証交付申請書</h2>			
			年 月 日
神山町長 殿		住 所 申請者 氏 名 (電話 )	
ふりがな		男女の別	男 ・ 女
子ども氏名		生年月日	年 月 日
個人番号			
加 入 保 険	被 保 険 者 名		
	記 号 番 号		
	保 険 者 名		
	所 在 地		
	附加給付の給付基準		
主として生計を維持する親権者（続柄）			
ふりがな		扶養親族数	
氏 名		生年月日	年 月 日
個人番号			
職 業			
勤 務 先	電話（ ）		
備 考			

注 被保険者証又は組合員証の写しを添付すること。

※ 子どもはぐくみ医療費受給期間中に担当職員が所得課税状況について税務関係当局に報告を求めることに同意します。

氏名 \_\_\_\_\_