

※市記入

受給者番号	
-------	--

乳幼児 医療費受給者証交付申請書

裾野市長様

年 月 日

下記のとおり、乳幼児医療費受給者証の交付を申請します。

住所： 裾野市

なお、静岡県の補助金の交付を受けるため、児童手当の受給状況、
所得状況また助成のための関係機関への確認に同意します。

申請者

氏名：

印

記

受給者 (乳幼児)	フリガナ						
	氏名						
	性別	男 ・ 女					
	生年月日	年	月	日			
保護者	住所	裾野市 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ					
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ					
	電話番号	—	—				
	乳幼児との続柄	父 ・ 母 ・ その他()					
		加入 (予定) 医療 保険	(以下は保険証コピー添付により記入省略可)				
			被保険者氏名				
			被保険者証	記号	番号		
			<input type="checkbox"/> ()健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会()支部 <input type="checkbox"/> ()国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> ()共済組合()支部 <input type="checkbox"/> 裾野市国保 <input type="checkbox"/> その他()				
			保険者番号				
			※市記入 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100px; height: 40px; vertical-align: middle;">発行済 スタイ(出生のみ)</td> </tr> </table>				発行済 スタイ(出生のみ)
発行済 スタイ(出生のみ)							