様式第1号（第2条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 主管課長 | | | 課長補佐 | 係長 | | 係 | | 係 | 受付 | | | 年　　月　　日 | | | |
| 伺 | | | 年　　月　　日 | | | |
|  | | |  |  | |  | | 決定 | | | 年　　月　　日 | | | |
| 交付 | | | 年　　月　　日 | | | |
| 受給資格要否 | | | | | 加入保険 | | | | 国保　協会けんぽ　組合　その他(　　　) | | | | | | | |
| 要否(理由) | | | | | 付加給付 | | | | 有　・　無 | | | | | | | |
| 子ども医療費受給資格者証交付申請書  　　　　年　　月　　日  長洲町長　　　　　　　　　様  （行政区：　　　　　）  住所　玉名郡長洲町大字　　　　番地  申請者  （保護者）氏名　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 子　　　ど　　　も | | 個人コード | | | ふりがな | | | | | | 生年月日 | | | | | 続柄 |
| 氏名 | | | | | |
|  | | |  | | | | | | 年　月　日 | | | | |  |
|  | | | | | |
|  | | |  | | | | | | 年　月　日 | | | | |  |
|  | | | | | |
|  | | |  | | | | | | 年　月　日 | | | | |  |
|  | | | | | |
|  | | |  | | | | | | 年　月　日 | | | | |  |
|  | | | | | |
| 加入保険 | | 記号番号 | | | | 保険者名 | | | | | | 所在地 | | | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | |
| 主として生計を維持する親権者　(続柄　) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな | | |  | | | | | 生年月日 | | | | | | 年 月 日 | | |
| 氏名 | | |  | | | | | 職業 | | | | | |  | | |
| 勤務先 | | |  | | | | | 電話番号 | | | | | | 自宅 |  | |
| 勤務先 |  | |