（様式第１号）（第２条関係）

椎葉村子ども医療費受給資格証交付（登録）申請書

　　　　　年　　月　　日

椎葉村長　殿

住所　椎葉村大字

申請者

（保護者）氏名　 　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電　話

子どもにかかる医療費の助成を受けたいので、下記のとおり子ども医療費受給資格の登録及び子ども医療費受給資格証の交付を申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 子　ど　も | (フリガナ) |  | 男・女 | 生年月日　　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 椎葉村大字 |
| 医療保険 | 保険種別 | 政・組・日・船・共・国・国組 |
| 被保険者証等の記号・番号 |  |
| 保険者名 |  |
| 付加給付 |  |
| 備考 |  |