

様式第1号(第4条関係)

鳴沢村子ども医療費助成金受給資格者証交付申請書

鳴沢村長 様

年 月 日

転 入		出 生		その他( )	
年		月		日(上記の事由が発生した日)	
保 護 者	フリガナ 氏 名	_____		子 ども との続柄	_____
	住 所	鳴沢村	電話 —	生年月日	年 月 日
子 ど も	フリガナ 氏 名	_____	男・女	生年月日	年 月 日
	フリガナ 氏 名	_____	男・女	生年月日	年 月 日
	フリガナ 氏 名	_____	男・女	生年月日	年 月 日
	フリガナ 氏 名	_____	男・女	生年月日	年 月 日
	フリガナ 氏 名	_____	男・女	生年月日	年 月 日
	フリガナ 氏 名	_____	男・女	生年月日	年 月 日
	フリガナ 氏 名	_____	男・女	生年月日	年 月 日
加 入 保 険	記号番号	_____	_____	保険者番号	_____
	被保険者(世帯主)氏名	_____			
	保険者名	〔 _____ 〕		国民健康保険 健康保険協会 健康保険組合 共済組合	支部
	保険者所在地	_____			
口 座	振 込 先 銀 行 名	_____		支店名	支店
	口 座 番 号	普通・当座		支店番号	_____
	口 座 名 義	※フリガナをつける			
備 考		年 月 日交付			

添付書類 子ども全員の保険証のコピーを添付してください。