

様式第1号の1 (第4条関係)

乳幼児等医療費受給者証申請書

年 月 日

夕張市長 様

申請者 住所  
 名前 印  
 電話 (      —      )

次のとおり乳幼児等医療費受給者証の交付を申請します。

なお、資格の認定等に必要な公簿を閲覧されることについて異議ありません。

※受給者番号	北-9		※交付決定年月日	年	月	日
--------	-----	--	----------	---	---	---

乳幼児等	フリガナ		男・女	生年月日	年	月	日
	氏名			続柄			
	個人番号		現住所				

保護者	フリガナ		男・女	生年月日	年	月	日
	父母又は扶養義務者名			勤務先			
	個人番号						

医療保険証	医療保険名称					
	被保険者名					
	記号		番号			

申請の理由	1 出生したため
	2 転入してきたため
	3 その他(                      )
	理由発生年月日 年 月 日

確認書類	住民票 ・ 被保険者証
------	-------------

※決定欄	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付(更新)する。 有効期間      年 月 日～      年 月 日
	2 次の理由により上記申請を却下する。
却下理由	

(注) 申請書は※欄は記入しないでください。

決裁	課長	主幹	係長	主査	係