

様式第1号(第2条関係)

					受給者証番号					
決  裁		課長	係長	担当	受 付	年	月	日		
					伺	年	月	日		
					決 裁	年	月	日		
受給資格の判定		適			否(理由)					
種別		入院( ) 通院( )								

㊦ 子ども医療費受給者証交付申請書										
受給申請者	ふりがな					性 別	男 ・ 女			
	氏 名					生年月日	年 月 日			
	住 所	魚沼市				TEL	児童との続柄			
	職 業			勤務先	TEL					
児  童	ふりがな					性 別	男 ・ 女			
	氏 名					生年月日	年 月 日			
	住 所	魚沼市				出生順位	第 子			
加  入  保  険	記 号 番 号									
	政・組(一般・退職)・船・共・国保									
	被保険者(世帯主)氏名									
	保 険 者 名									
	保 険 者 住 所									
	負 担 割 合									
上記のとおり受給者証の交付を申請します。 あわせて、子ども医療費助成のため、公簿等の閲覧を承諾します。  <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 魚沼市 申請者 氏 名</p> <p>魚沼市教育委員会 様</p>										

- (注) 1 申請の際必ず保険証を持参のこと。  
 2 申請者は太枠欄を記入しないこと。