

決 裁	町 長	副町長	課 長			受 付	
						決 定	
						台帳記入	
資格証発行		要 ・ 否				発 行	

乳幼児等	ふりがな		生 年 月 日	年 月 日		
	氏 名					
	住 所					
受給資格者	ふりがな		生 年 月 日	年 月 日		
	氏 名					
	住 所				乳幼児等との続柄	
	電 話 番 号	() —				
加入保険	被保険者氏名			被保険者証の 記号番号		
	保 険 種 別	協・組・船・共・国		附 加 給 付 の 有 無	有・無	
	保 險 者 名					
資 格 証 交 付 再 交 付 申 請 事 由	1 出生したため 4 亡失したため 2 転入してきたため 5 その他() 3 破損したため (交付事由発生年月日 年 月 日)					
上記のとおり、乳幼児等医療費受給資格証の交付(再交付)を申請します。 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 電話番号() — (乳幼児等との続柄) 邑南町長 様						
【受付記入欄】						
資格情報確認 (確認方法に ○付)	資格確認証 (写あり)		マイナポータル確認： 資格取得年月日： 年 月 日 保 険 者 番 号：			