

様式第1号（第3条、第6条関係）

大鰐町子ども医療費受給資格証交付（更新）申請書

年 月 日

大鰐町長 殿

（保護者）

住 所 大鰐町大字

氏 名

㊦

電話番号

個人番号

大鰐町子ども医療費の給付に関する条例第4条の規定により下記の通り申請します。

対象者	氏 名	生 年 月 日	続柄	資格証番号
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		

加入保険	保険の種類	保 険 者	付加給付の額	記号・番号
			円	記号
				番号

※大鰐町子ども医療費受給資格証交付（更新）申請にあたり、私の所得及び町県民税の課税状況について、課税台帳の公簿等により確認することに同意します。

保護者氏名

㊦