

様式第1号（第3条、第6条関係）

中泊町乳幼児・子ども医療費受給資格証交付（更新）申請書

令和 年 月 日

中泊町長 殿

（保護者）

住所

氏名

㊦

中泊町乳幼児・子ども医療費給付条例第3条の規定により下記のとおり申請します。

対象者	乳幼児 子ども (歳児)	氏 名	生 年 月 日	続 柄
対象者	乳幼児 子ども (歳児)	氏 名	生 年 月 日	続 柄

加入 保険	保険の種類	保 険 者	付加給付の有無	記号・番号

※

資格証番号

--