

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

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	記 号	番 号

中泊町乳幼児・子ども医療費給付条例第4条の規定により上記のとおり、子ども医療費受給資格交付認定（更新）を申請します。

なお、当該受給資格を取得した場合、資格更新対象となる受給資格者の年次更新にあたり、保護者の所得及び課税状況を確認することにより、翌年度以降も受給資格があるときは、当該受給者資格証の交付について

( 希望します ・ 希望しません )

年 月 日

中 泊 町 長 殿

申請者住所：

申請者氏名：