

福祉医療費受給者証交付申請書 (乳幼児)

平成 年 月 日

砂川市長 様

住所 砂川市
申請者
氏名
対象者との続柄

下記のとおり乳幼児医療費受給者証の交付を申請します。
なお、市町村民税の課税状況を税務担当部署で確認することについて同意いたします。

印

記

受給者番号								
受給者	ふりがな							
	氏名							
	生年月日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日		
保護者との続柄								
申請者との同居別居の別		同居 別居	同居 別居	同居 別居	同居 別居	同居 別居		
父母の氏名								
医療 保 険	被保険者氏名			記号番号	付加給付	有・無		
	保険種別	政・組・日・船・共・国						
	被保険者証 発行機関名			所在地				
添付書類								
決 定 欄	決定年月日	平成 年 月 日						
	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。							
	2 次の理由により上記申請を却下する。							
却下理由								
摘 要				所得確認	係	係長	補佐	課長

(注) 欄は記入しないでください。