

様式第1号（第5条、第8条関係）

六戸町子ども医療費受給資格証交付（更新）申請書

年 月 日

六戸町長 殿

（保護者）

住所 _____

氏名 _____ ⑩

電話 _____

六戸町子ども医療費助成条例第5条の規定により下記のとおり申請します。

対 象 者		フリ 氏	カナ 名	生 年 月 日	続 柄	受給資格証番号
	1			年 月 日		
	2			年 月 日		
	3			年 月 日		
	4			年 月 日		

加 入 保 険	保険の種類	保 険 者	付加給付の有無	記 号
				番 号
	国保・社保 組合・共済 その他		有 ・ 無	

※ 子どもの保険証の写しを添付してください。

口 座 (新規)	金融機関・支店	_____ , _____
	口座番号	_____
	口座名義	_____

※第二子以降は既存のものと同じ口座とさせていただきます。