

第1号様式（第3条、第6条関係）

六戸町乳幼児医療費（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 _____

六戸町乳幼児医療費給付条例第3条の規定により下記のとおり申請します。

なお、乳幼児医療費受給資格が却下になった場合は、子ども医療費受給資格交付（更新）申請をします。

対 象 者		フリ 氏	ガナ 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		
加入保険		保険の種類		国保・社保・組合・共済・その他		

※ 子どもの保険証写しを添付してください。

同 意 書

私は、六戸町福祉課が六戸町乳幼児医療費給付条例施行規則第3条による事務手続きを処理するに限り、当該年度の処理に係る地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限り同意することを申し添えます。

住 所 _____

氏 名 _____ (申請者との続柄) _____

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

記載事項

- 1 同意する者が自ら署名を行うこと。
- 2 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状を添付すること。
- 3 申請書に同意が必要な者の住所を記入している場合、同意書への住所の記入は省略しても良い。