

受 付	年 月 日
決 定	年 月 日
受給者番号	
受給資格証発行	年 月 日

乳幼児医療費受給資格登録申請書

年 月 日

直島町長 殿

申請者 住所

氏名

印

医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

受給資格申請者	フリガナ		生年月日		性別	男・女
	氏名					
	住所	(TEL)			乳幼児との続柄	
対象乳幼児	フリガナ		生年月日		性別	男・女
	氏名					
	住所	(TEL)				
加入保険	保険者名		保険者番号		付加給付	有・無
	保険所在地	(TEL)				
	フリガナ		被保険者証 記号・番号		乳幼児 との続柄	
	被保険者氏名					

- (注) 1 対象乳幼児についての健康保険証等を申請の際に持参すること。
 2 付加給付が有に○印の場合には、付加給付証明書(様式第1—2号)を添付すること。
 3 交付を受けようとする者が、対象乳幼児の父母でないときは、その者が当該乳幼児を現に監護していることを明らかにする民生・児童委員等の証明書(様式第1—3号)を添付すること。