

第1号様式

東通村乳幼児医療費受給資格証交付申請書

令和 年 月 日

東通村長 殿

世帯主住所 東通村大字 _____

世帯主氏名 _____ (印)

保護者氏名 _____ (印)

(世帯主と同じ場合は「同上」と記載してください。)

連絡先 _____

東通村乳幼児医療費給付条例施行規則第3条の規定により下記のとおり申請します。

1. 対象乳幼児

乳幼児の氏名	性別	生年月日		
	男・女	H・R	年	月 日

2. 健康保険証

保険の種別	保険証の記号	保険証の番号
国保・社保		

3. 償還払いの場合の振込口座（基本は現物給付となります）

口座名義	金融機関名	店名	口座番号

以下は、東通村確認欄

公費負担番号	81020547	受給資格証番号	1	0	0				
--------	----------	---------	---	---	---	--	--	--	--