

子ども医療費受給資格証交付(更新)申請書

年 月 日

藤 崎 町 長

(保護者)

住 所

氏 名

(※)

電 話

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

藤崎町子ども医療費給付条例施行規則第3条(第5条)の規定により申請します。

給付対象者	フリガナ	生 年 月 日	続 柄
	氏 名		
		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
	協・組・船 共・国	藤 崎 町 全国健康保険協会 _____ 支部 _____	有 ・ 無	記号 番号

なお、当該申請及び以降の資格更新申請に当たり、藤崎町が保有する公簿等により申請に必要な事項(所得及び課税状況等)を確認することについて同意するとともに、藤崎町子ども医療費給付条例施行規則第5条第1項の規定による受給資格証の更新を依頼します。

※公簿等の確認の同意及び更新を依頼する場合は、次の欄へ記入してください。

続柄	氏 名	生 年 月 日	個 人 番 号														
父	前年1月1日現在の住所	年 月 日															
	本年1月1日現在の住所	□同上															
母	前年1月1日現在の住所	年 月 日															
	本年1月1日現在の住所	□同上															

※印欄は、記入しないこと。

資格証番号	※
-------	---