

様式第1号準用

藤崎町乳幼児医療費受給資格証交付(更新)申請書

平成 年 月 日

藤 崎 町 長

(保護者)

住 所 藤崎町大字

氏 名

印

電 話

藤崎町乳幼児医療費給付条例第4条の規定により下記のとおり申請します。

対象乳幼児①	乳 児	フリガナ 氏 名	生 年 月 日	続 柄
	幼 児 (歳児)		平成 年 月 日	子
対象乳幼児②	乳 児	フリガナ 氏 名	生 年 月 日	続 柄
	幼 児 (歳児)		平成 年 月 日	子

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

※資格証番号①	
※資格証番号②	

※受給資格者と 認める ・ 認めない
(理由) 平成 年中(平成 年度課税)の所得額が 所得制限額 (未満 ・ 以上) となったため。