

様式第1号(第5条関係)

決 裁					受 付	年 月 日
					伺	年 月 日
					決 定	年 月 日
受 給 資 格 要 否					発 行	年 月 日 郵送 ・ 手交
要 ・ 否(理由)					加入保険	国保 被用者
本人確認 ①個人番号カード ②運転免許証 ③旅券 ④その他()					附加給付の有無	
					受給者番号	

注 上欄は、記入しないこと。

みまっこ医療費受給者証交付申請書			
			年 月 日
美馬市長 様			
みまっこ医療費の助成を受けたいので、受給者証の交付を申請します。			
申 請 者 住 所 美馬市			
氏 名 (電話)			
申請の事由及び年月日		<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 (年 月 日) <input type="checkbox"/> その他	
子 ど も	ふりがな		男女の別 男 ・ 女
	氏 名		生年月日 年 月 日
加 入 保 険	記 号 番 号		保 険 者 名
	被 保 険 者 名 (続柄:)		付 加 給 付 の 給 付 基 準
主として生計を維持する保護者(続柄:)			
ふりがな		生年月日	年 月 日
氏 名		連 絡 先	
子と住所を同じくする保護者(続柄:)			
ふりがな		生年月日	年 月 日
氏 名		連 絡 先	

*助成対象となる子どもの健康保険証の写しを添付してください。