

様式第1号(第2条関係)

子どもの医療費〔受給資格登録〕申請書
〔受給資格証交付〕

年 月 日

小城市長 様

申請者 (続柄)	住所	小城市
	氏名	(子どもとの続柄)
	個人番号	
	電話番号	()

子どもに係る医療費の助成を受けたいので、小城市子どもの医療費の助成に関する条例第5条第1項の規定により次のとおり子どもの医療費受給資格の登録及び子どもの医療費受給資格証の交付を申請します。

対象者	ふりがな		性別	
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	小城市	個人番号	
医療保険	保険種別	協会・組合・船員・共済・国保・後期高齢		
	記号・番号			
	保険者名			
	附加給付	有 ・ 無		
備考				