

様式第1号(第2条関係)

乳幼児等医療費受給資格者登録申請書

年 月 日

湧別町長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_  
 個人番号 \_\_\_\_\_

乳幼児等医療費受給資格の登録を受けたいので申請します。

乳 幼 児	フリガナ 氏名		保 護 者	フリガナ 氏名	
	個人番号			個人番号	
	生年月日			被保険者氏名	
	年 月 日生 男・女 歳				
住所	紋別郡湧別町		加入保険	被保険者証 (名称)	
備考				被保険者証 (記号・番号)	
				付加給付	
				有 無	

同意書

上記の申請及び次年度以降の更新に当たり、私と私の属するすべての世帯員に係る所得並びに町民税の状況を調査することに同意します。

氏名 印

湧別町長 様

※ 決 定 欄	扶養	所得	税台帳確認済	所得制限	区分	確認者
	名	円	/	制限内 ・ 制限超	乳課 ・ 乳初	