

別記第1号様式（第2条関係）

| | | | | | | | | | | |
|---|------------------------|---------------------|--|---|-------------|---------|--------|--|--|--------|
| 乳 幼 児 障 害 医療費受給資格 高 齢 障 害 | | | | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">認定 変更 更新</div> | 申請書 | | *受給者番号 | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 対象者 | ふりがな | | | | 生年 月日 | 年 月 日 | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | | | | 男 女 |
| | 個人番号 | | | | | | | | | |
| | 住 所 | 市 郡 | | 町 村 | | | | | | |
| 保護者 等 | 氏 名 | | | | 対象者との 続柄 | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | |
| 加 入 医 療 保 険 | 被保険者氏名 | | | | | | | | | |
| | * 保 険 種 別 | 政 ・ 健 組 ・ 船 ・ 日 ・ 共 | | | | 国 ・ 国 組 | | | | |
| | 被 保 険 者 証 の 記 号 番 号 | | | | | | | | | |
| | 保 険 者 名 | | | | | | | | | |
| 変 更 の 場 合 申 請 | 変更する項目 | 変 更 後 | | | 変 更 前 | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| <p>上記のとおり 乳 幼 児 障 害 医療費受給資格 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">認定 変更 更新</div> の申請をします。</p> <p>なお、認定に必要があるときは、私の世帯の税額等の確認を課税担当課長が保管している課税台帳等により行うことに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所 (保護者)</p> <p style="text-align: center;">氏 名 印</p> <p style="text-align: center;">電話番号 () ー</p> <p>大豊町長 様</p> | | | | | | | | | | |

- (注)1 加入医療保険の被保険者証を同時にお示しください。
- 2 申請者は児童手当の受給者になります。受給されていない場合は主たる生計維持者を記入してください。
- 3 *印の欄は記入しないでください。

(裏面)

| 助成対象者と同一世帯に属する者の氏名等について | | | |
|-------------------------|--|------|--|
| ふりがな 氏名 | | 生年月日 | |
| | | | |
| 個人番号 | | 続柄 | |
| 備考 | | | |
| ふりがな 氏名 | | 生年月日 | |
| | | | |
| 個人番号 | | 続柄 | |
| 備考 | | | |
| ふりがな 氏名 | | 生年月日 | |
| | | | |
| 個人番号 | | 続柄 | |
| 備考 | | | |
| ふりがな 氏名 | | 生年月日 | |
| | | | |
| 個人番号 | | 続柄 | |
| 備考 | | | |
| ふりがな 氏名 | | 生年月日 | |
| | | | |
| 個人番号 | | 続柄 | |
| 備考 | | | |