

様式第1号(第5条、第6条関係)

決 裁					受 付	年 月 日
					同	年 月 日
					決 定	年 月 日
受給資格要否(理由)					発 行	年 月 日
					加 入 保 険	国 保 被 用 者
					附 加 給 付 の 有 無	
前年又は前々年の所得額				円	受 給 者 証 番 号	

注 上欄は、記入しないこと。

㊦ 子どもはぐくみ医療費受給者証交付申請書						
(宛先)		平成 年 月 日				
鳴門市長						
		住 所				
		申請者				
		氏 名			印	
		(電話)	
子 ど も	ふりがな				男女の別	男 ・ 女
	氏 名				生年月日	年 月 日
					個人番号	
加 入 保 険	記 号 番 号			保 険 者 名 (保 険 者 番 号)		
	所 在 地			附 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				個人番号		
扶養親族数				職 業		
勤 務 先				年 所 得	円	

注 申請書を提出する場合は被保険者証又は組合員証を持参すること。
 ※ なお、この申請書に関するものに限り、税務課の課税資料の閲覧に同意します。

保護者氏名 _____ 印 _____