

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)		令和 年 月 日													
鳴門市長															
		住 所													
		申請者													
		氏 名													
		(電話)													
子 ど も	ふりがな		男女の別	男 ・ 女											
	氏 名		生年月日	平成・令和 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	昭和・平成 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 _____