

様式第1号（第3条、第6条関係）

階上町子ども医療費受給資格認定（更新）申請書（兼同意書）

年 月 日

階上町長 宛て

（保護者）

住 所 階上町

ふりがな
氏 名

電 話

（日中連絡できる番号 父 ・ 母 ）

階上町子ども医療費給付条例第4条第1項の規定により次のとおり申請します。

対 象 者	ふりがな 氏 名	生年月日	続柄
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	

加 入 保 険	保険の種類	保 険 者	付加給付の有無	記号・番号

資格証番号	
-------	--

受給資格の認定申請及び受給資格の更新にあたり、公簿等に関する情報を確認することに同意します。

（保護者）氏 名