

受給者番号	
受 付	年 月 日
決 定	年 月 日
有効期間	自： 年 月 日
	至： 年 月 日

子ども医療費の助成を受けたいので次のとおり申請します。

子ども医療費受給者証交付申請書

十島村長 様		年 月 日	
		受給資格者 住所 十島村	
		ふりがな	
		氏名 印	
		生年月日 年 月 日	
		電話番号	
	氏 名	生 年 月 日	性 別
ふりがな			
子 ども			男 女
加入して いる健康 保 険	被 保 険 者		保 険 者
	記 号	番 号	資格取得日 資格喪失日
振 込 口座	口座名義人		金融機関名
			支店名
			口座種別
			普通
	口座番号	開始月	