

三沢市子ども医療費受給資格認定申請書（兼同意書）

年 月 日

(あて先) 三沢市長

三沢市子ども医療費給付条例第4条の規定により下記のとおり申請します。

なお、受給資格の審査に際し、公簿等に関する情報を確認することに同意します。

太枠内をご記入ください。

保 護 者 住 所
保 護 者 氏 名 ㊞
電 話 番 号
個 人 番 号

対 象 者	フリ 氏	カナ 名	生 年 月 日	性 別	資 格 証 番 号
	①	年 月 日	男・女
②	年 月 日	男・女	
③	年 月 日	男・女	
④	年 月 日	男・女	
⑤	年 月 日	男・女	
⑥	年 月 日	男・女	

加 入 保 険	国 保	協 会	組 合	共 済	そ の 他
	有 無				

認	□
受 付	