

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（独立している子ども） 住 所
保護者（独立している子ども） 氏 名
電 話 番 号 （父） （母）
個 人 番 号

	①	フリ 氏 ガナ 名	生 年 月 日	性 別	資 格 証 番 号
		年 月 日	男・女		
対 象 者	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	
	⑥		年 月 日	男・女	

加入 保険	国 保	協 会	組 合	共 済	そ の 他
	有 無				
付 加 給 付					

認	<input type="checkbox"/>
受 付	