

### 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	ガナ	生年月日	性別	資格証番号
	氏	名	年 月 日	男・女	
	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	<input type="checkbox"/>
受付	