

様式第2号（第2条関係）

こども医療費受給資格者証交付申請書

令和 年 月 日

那須塩原市長 様

住所 那須塩原市

申請者

氏名

電話 ()

(保護者) 助成対象者	ふりがな		生年月日	昭・平 年 月 日
	氏名		男・女	こどもとの続柄
	住所	那須塩原市 同 上		
こども	ふりがな		生年月日	平・令 年 月 日
	氏名			男・女
	住所	那須塩原市 同 上		

加入保険	被保険者氏名	記号番号	保険者名称	附加給付の状況
受給資格取得年月日		年 月 日	受給者番号	

出生	<input type="checkbox"/> 児童手当 <input type="checkbox"/> ごみ袋 <input type="checkbox"/> 応援券 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 妊産婦喪失 <input type="checkbox"/> 保険証加入案内（社会保険）	口座登録 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未登録
転入	児童手当 有・無 ごみ袋 有・無 応援券 有・無 (ピ・白・ベ)	

受付	令和 年 月 日
交付	令和 年 月 日