様式第１号の３

決裁	課長	補佐	係長	係	合議	受付	平成　年　月　日
						決定	平成　年　月　日
						台帳記入	平成　年　月　日
資格証発行	要　・　否					発行	平成　年　月　日

乳幼児等医療費受給資格証 交付／再交付 申請書

乳幼児等	ふりがな		男女の別	男　・　女
	氏　名		生年月日	平成　年　月　日
	住　所	隠岐郡西ノ島町大字		
扶養義務者	ふりがな		男女の別	男　・　女
	氏　名		生年月日	年　月　日
	住　所		乳幼児等との続柄	
	職　業		勤務先	
加入保険	被保険者氏名		被保険者証の記号番号	
	保険種別	政・組・船・共・国	附加給付の有無	有・無
	保険者名			
資格証交付／再交付申請事由	１．出生したため　４．破損したため ２．転入してきたため　５．亡失したため ３．入院したため　６．その他（　　） （交付事由発生年月日　平成　年　月　日）			

上記のとおり、乳幼児等医療費受給資格証の交付（再交付）を申請します。

平成　年　月　日

住　所　隠岐郡西ノ島町大字

申請者

氏　名　　印

（乳幼児等との続柄　　）

西ノ島町長　様