別記第２号様式（第３条関係）

ひとり親家庭等医療費受給資格認定申請書（児童用）

年　　月　　日

中間市長　様

申請者　住　　所

電話番号

氏　　名

	氏　　名	生　年　月　日	個　人　番　号	受 給 者 番 号
対象者				

次のとおりの状況ですので受給資格の認定について、申請します。

資格取得年月日	主(被保険者)との関係	資格情報（記号・番号）
年　月　日		
資格取得の理由		
1.　年齢到達（中学生） 2.　その他	主(被保険者)の受給者番号	
		資格取得　　年　月　日
		交　　付　　年　月　日