

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

届出者 住所

TEL

氏名

対象者	氏 名	生 年 月 日	個 人 番 号	受 給 者 番 号

下記のとおりのお状況ですので医療証を交付くださるよう、申請します。

資格取得年月日	主(被保険者)との関係	被保険者証の内容
年 月 日		
資格取得の理由		
1. 幼児医療資格喪失 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