

村 長	副村長	課 長	係 長	係

乳幼児等医療費給付金受給者証交付（更新）申請書

年 月 日

阿智村長 様

下記のとおり乳幼児等医療費給付金受給者証の交付（更新）申請をします。
併せて、給付額算定にあたっては、医療機関等から診療報酬明細書の写しを提供
してもらうことに同意します。

申請者 (保護者)	住 所		阿智村											
	氏 名		電話番号 ()				印		男・女		受給者との 続柄 (父・母等)			
配偶者		有・無	有の場合、住所氏名 (同居の場合氏名のみ)											
受給者 (子)	加入医療 保険		記号					番号						
			保険者番号及び名称											
	氏 名		生年月日						受給者番号					
			平成・令和 年 月 日											
			平成・令和 年 月 日											
			平成・令和 年 月 日											
振込口座 上の子供さん と同じ場合は チェック□	八十二銀行 支店 飯田信用金庫 みなみ信州農協 支所 銀行		口座種目		1 普通 2 当座 3 貯蓄									
			フリガナ											
			口座名義人											
			口座番号											
役場 処理 欄	受給区分		1 8 歳年度末											
	所得制限		なし											
	事 由		出生・転入・その他 ()											
	交付年月日		年 月 日											
	適用期間		年 月 日から 年 月 日まで											