

第1号様式(第2条関係)

乳幼児医療費受給資格登録申請書

平成 年 月 日

会津若松市長 (あて)

住所 会津若松市  
申請者  
氏名

印

乳幼児医療費受給資格の登録について、次のとおり申請します。

なお、申請事項の確認については、私の世帯の住民基本台帳、市民税の賦課に関する事項等により行うことに同意します。

受給者番号	
-------	--

乳幼児	(フリガナ) 氏名	生年月日 平成 年 月 日生
	(フリガナ) 氏名	電話番号 ( )
保護者	住所 会津若松市	

振込先 金融機関	金融機関名	支店等名
	名義人	口座の種類 普通・当座
	口座番号	

加入 健康保険	(フリガナ) 被保険者氏名	記号 番号
	保険者名	保険者番号
	勤務先	乳幼児の認定年月日 平成 年 月 日
	附加給付 あり・なし	

ここから下は、記入しないでください。

決定区分	資格あり	資格なし	処 理	平成 年 月 日
	課税	非課税	助成開始	平成 年 月 日
	市単	県補助		