

様式第1号(第2条関係)

こども医療費受給資格登録申請書			
			年 月 日
高根沢町長		様	
		申請者 住所	
		氏名	
		電話番号	
こども	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
	住 所		
保護者	フリガナ		こどもとの続柄
	氏 名		
加入保険	被保険者氏名		
	記号番号		
	資格取得日		
	保険者番号		
	保険者名称		
申請理由			
備 考			