

様式第 1 号（第 3 条、第 6 条関係）

新郷村乳幼児医療費受給資格証交付（更新）申請書

年 月 日

新 郷 村 長 殿

住 所
申請者
(保護者) 氏 名
日中の連絡先 父・母・他 (- -)

新郷村乳幼児医療費給付条例施行規則第 3 条（第 6 条）の規定により下記のとおり申請します。

対象者	乳 児	氏 名	生 年 月 日	続 柄
	幼 児 (歳児)		年 月 日	
対象者	乳 児	氏 名	生 年 月 日	続 柄
	幼 児 (歳児)		年 月 日	

加入 保険	保険の種類	保 険 者	付加給付の有無	記号・番号

資格証番号	
-------	--