

受給者資格認定書

年 月 日

次のとおり、神石高原こども医療の受給資格の認定を申請します。

① 申 請 者	(フリガナ)			住 所	
	氏 名				
	⑩				
	性 別		生年月日 年 月 日	(電 話)	
	配 偶 者 の 有 無		有 ・ 無		

② 対 象 こ ど も	フリガナ 氏 名		続 柄	生 年 月 日	同居別居 の 別	住 所	監 護 の 有 無	生 計 関 係	※助成対象 こどもに○印
				年 月 日	同 居 ・ 別 居		有 ・ 無	同 一 ・ 維 持	

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。

※は記入しないでください。

※ 町 記 入 欄	交付年月日	年 月 日	受 給 者 番 号	有 効 期 間
				年 月 日 から
				年 月 日 まで
備考				