

(様式第1号)

飯山市福祉医療費特別給付金(乳幼児)受給者証交付(更新)申請書

平成 年 月 日

飯 山 市 長 あて

下記のとおり申請します。

なお、資格確認のため、課税資料の閲覧を承諾します。

申請者 (保護者)	住 所	飯山市 (町名)			
	ふりがな		電話		
	氏 名		携 帯		
加 入 医療保険	所在地		記号		
	名 称		番号		
	被保険者氏名		勤務先又は職業		
受 給 対象者	(ふりがな)	生年月日	性別	続柄	備 考
	氏 名				
		平成 . .	男・女		
		平成 . .	男・女		
		平成 . .	男・女		
		平成 . .	男・女		
		平成 . .	男・女		
口座振込 金融機関			口座名義人		
	支店 支所		口座番号		

※上記のとおり交付してよろしいですか。				※受給者番号	
係	係長	課長補佐	課長	※負担区分	
				県 ・ 市	
				※認定年月日	
				年 月 日	
				※交付年月日	
				年 月 日	

※欄は記入しないでください。