

第1号様式（第3条関係）

西目屋村こども医療費受給資格証交付申請書

平成 年 月 日

西目屋村長 殿

(保護者)

住所 西目屋村大字

氏名 ㊟

西目屋村こども医療費助成条例第4条の規定により下記のとおり申請します。

対象者	年齢	氏名	生年月日	続柄

加入保険	保険の種類	保険者	附加給付の有無	記号・番号

資格証番号	
-------	--