

様式第1号（第4条関係）

小児特定疾患医療費受給資格者証交付・更新申請書

年 月 日

赤 穂 市 長 宛

申 請 者 住 所

氏 名

対 象 者	氏 名				住 所				
	生年月日	年 月		過去における受給資格者証記号番号					
扶養義務者 (保 護 者)	氏 名				住 所				
	生年月日				対象者との続柄				
	職 業 勤 務 先				連 絡 先				
振 込 金 融 機 関 名				口座 番 号			名 義 人		
当該疾病及び診断された医療機関名		疾 病 名				診 断 日	年 月 日		
		名 称				所 在 地			
当該疾病について診療を受けている医療機関		名 称							
		所 在 地							
加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 名				対 象 者 と の 続 柄				
	保 険 者 の 名 称				保 険 種 別	政 組 日 船 共 国 他 国			
	被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号	記 号	番 号	保 険 者 番 号 ( )	付 加 給 付 の 有 無	有 無			

窓口への提出時には本人確認書類の提示が必要です。

※本人確認（うち内容によるもの）赤穂市記入欄