

六ヶ所村乳幼児等医療費受給資格証交付(更新)申請書

(様式第1号 第3条、第6条関係)

六ヶ所村ひとり親家庭等医療費受給資格証交付(更新)申請書

(様式第1号 第3条、第6条関係)

六ヶ所村子宝祝金支給事業申請書

(様式第1号 第4条関係)

※該当する□に✓をしてください。

六ヶ所村長 様

下記のとおり申請します。

なお、申請に基づき世帯の状況を住民基本台帳及び課税台帳等の公簿で確認することに同意します。

申請年月日		平成 年 月 日				
申請者	住所	六ヶ所村大字 字				
	(フリガナ)					
	氏名	Ⓜ				
	電話番号					
	生年月日	昭和・平成 年 月 日				
性別	男・女	加入保険	社保・国保			
(フリガナ)	振込金融機関	銀行名	銀行・信組・農協・金庫			
配偶者氏名		支店名	支店・本店・支所			
事由の発生した年月日		口座番号				
		(フリガナ)				
平成 年 月 日	口座名義					
給付対象者	氏名	続柄	性別	生年月日	加入保険	※資格証番号
			男・女	昭和・平成 年 月 日	社保・国保	
			男・女	昭和・平成 年 月 日	社保・国保	
			男・女	昭和・平成 年 月 日	社保・国保	
			男・女	昭和・平成 年 月 日	社保・国保	
※審査	認定 却下	扶養親族数 人	平成 年分所得額	控除後の所得額	所得制限限度額	
		(うち老人 人・特定 人)	円	円	円	

※本事業における対象者は、六ヶ所村に住所を有する場合のみ有効です。

※申請者及び給付対象者の保険証、申請者の振込口座通帳またはキャッシュカードの写しを添付してください。

※振込金融機関は、申請者名義のものに限ります。

※印の欄は記入しないでください。

※子宝祝金については、村税及び料に滞納がある場合、本人の同意を得た上で充当し残額を支給することとします。