

様式第3号

決 裁	課 長	係 長	係	受 付 年 月 日		交 付 年 月 日	
<p>妊 産 婦</p> <p>こ ど も</p> <p>医療費受給資格証交付申請書</p> <p>年 月 日</p> <p>小山市長 様</p> <p>住 所</p> <p>申 請 者 (受給資格者) 氏 名</p> <p>電 話</p>							
助 成 対 象 者	(ふりがな) 氏 名		生年月日		年	月	日
	住 所			こどもとの 続 柄			
こ ど も	(ふりがな) 氏 名		男 ・ 女	生年月日	年	月	日
母子健康保健法第15条による 妊娠の届出をした年月日					年	月	日
分娩予定年月日					年	月	日
加 入 保 険	記号 番号	保険者番号及び名称			被保険者氏名		
資格証番号			受給資格取得年月日		年	月	日