

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 氏 名 (受給資格者)</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	