

様式第2号 その3 (第6条関係)

乳幼児福祉医療費受給申請に係る調書

助成対象乳幼児の兄弟姉妹等の構成

	フリガナ 氏 名	生年月日	居 住 地 (現 住 所)
保護者 (主たる生計維持者)			
保護者の配偶者			☐ 同上
助成対象乳幼児および兄弟姉妹			☐ 同上
			☐ 同上
			☐ 同上
			☐ 同上
			☐ 同上

注) 18歳以上で就労または住居が同一でない場合も記載してください。

※ 上記の個人情報については、福祉医療費助成に係る手続にのみ用い、当該手続以外の目的で利用することはありません。