様式第１号

災害遺児医療費受給資格認定申請書

年　　月　　日

長沼町長　　様

住　所

申請書

氏　名　　㊞

記

<table>
<tr><td rowspan="6">受給者</td><td colspan="2">ふりがな
氏　　名</td><td>男・女</td><td colspan="2">生年月日
年　月　日生</td><td>職　業</td></tr>
<tr><td colspan="3">住所
長沼町第　　区</td><td colspan="2">加入医療保険の名　　称</td><td></td></tr>
<tr><td>加入医療保険の記号・番号</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">世帯主・被保険者組合員の氏名</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">被災害者</td><td colspan="3">氏　　名</td><td colspan="2">被災年月日</td></tr>
<tr><td colspan="2">生年月日
年　月　日生</td><td>受給者の続柄</td><td colspan="2">交　通・不　慮
労　働・障　害</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="8">家族の構成</td><td>続柄</td><td>氏　　名</td><td>生　年　月　日</td><td>職　　業</td><td colspan="2">備　　考</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
</table>