

子育て支援医療費還元事業ポイントカード交付申請書

平成 年 月 日

(あて先) むかわ町長

次のとおり子育て支援事業ポイントカードの交付申請をします。
また、申請内容について必要に応じ戸籍等の公簿による確認を行うことを了承します。

※太枠のところだけ記入してください。

保護者 (申請者)	住所	むかわ町 (電話 -)							
	氏名	印							
対象児童	① 氏名			⑤ 氏名					
	生年月日	平成	年	月	日	平成	年	月	日
	② 氏名			⑥ 氏名					
	生年月日	平成	年	月	日	平成	年	月	日
	③ 氏名			⑦ 氏名					
	生年月日	平成	年	月	日	平成	年	月	日
	④ 氏名			⑧ 氏名					
	生年月日	平成	年	月	日	平成	年	月	日
ポイントカード交付年月日		平成 年 月 日交付							
ポイントカード番号		No.							
備考欄									
処 理 欄	課長	主幹	主査	担当	決定 年月日	年 月 日			
	1 上記申請内容のとおり認定し、子育て支援ポイントカードを交付。 2 次の理由により上記申請を却下する。								
	却下理由								

記入例

子育て支援医療費還元事業ポイントカード交付申請書

平成 年 月 日

(あて先) むかわ町長

次のとおり子育て支援事業ポイントカードの交付申請をします。
また、申請内容について必要に応じ戸籍等の公簿による確認を行うことを了承します。

※太枠のところだけ記入してください。

Application form for childcare support medical fee reduction point card. Includes fields for guardian (住所, 氏名), children (氏名, 生年月日), point card delivery date, and decision section (課長, 主幹, 主査, 担当, 決定年月日, 却下理由).