

第2号様式（第3条関係）

子ども医療費受給資格特例認定申出書

年 月 日

幌延町長 様

住所 幌延町
申請者
印

氏名

次の対象者が幌延町子ども医療費助成に関する条例第2条第1号ただし書に規定する特別の理由に該当することを申し出ます。

記

対象者	住所	幌延町
	氏名	
状況		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		