

様式 1 - 1

(表

母子家庭等医療費助成金受給資格者 (下記に記載の者が対象です)				
氏名	性別	生年月日	受給者との続柄	備考
	男・女			

(注) 用紙規格 縦128ミリメートル、横182ミリメートル、2つ折

面)

母		母子家庭等医療費助成金受給者証	
公費負担者番号			
受給者番号			
受給申請者	住所		
	氏名		男・女
	生年月日	年 月 日	
有効期間		年 月 日から	
		年 月 日まで	
摘要			
発行機関名		静岡県 ○市町村長 印	
交付年月日		年 月 日	