第4号様式(第8条関係)

(表)

|  |
| --- |
| 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 青医療証 | 通院負担有(200円) | 　 |
| 　 |
| 負担者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 受給者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 高校生等 | 氏名 | 　 |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日生 |
| 保護者 | 住所 | 〒208 |
| 　 |
| 　 | (カスタマバーコードを入れる。) | 　 |
| 　 |
| 氏名 | 　 |
| 有効期間 | 　　　　　　年　　　月　　　日から　　　　　　年　　　月　　　日まで |
| 　上記の者は、武蔵村山市子どもの医療費の助成に関する条例により医療費の一部を武蔵村山市が助成するものであることを証明する。東京都武蔵村山市長　　　　　　　　　　 |
| 交付年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 　 |

(日本産業規格Ｂ列７番)