|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 子ども医療費受給者証交付申請書  　　　　　　　年　　月　　日  （宛先）津島市長  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住 所  申 請 者  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏 名    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電 話  　　下記のとおり、子ども医療費受給者証の交付を申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （保護者）  受給資格者 | 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | 男・女 | | |  | | | | | 年　　月　　日 | | | |
| 氏　　名 |  | | | | |
| 子どもとの続柄 | | | | | |  | | |
| 個人番号 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 職　業 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 子　ど　も | 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | 男・女 | | | 生 年 月 日 | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 個人番号 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 加入医療保険等 | 被保険者  氏　　名 |  | | 続柄 |  | | | | 住所 | | | |  | | | | | |
| 被保険者等  記号・番号 |  |  | | | | | | | | | | | 附加給付等の有無 | | | 有・無 | |
| 被保険者証  発行機関名 | ＜保険者番号　　　　　　　　＞ | | | | 所在地 | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |
| 交付事由 | 1. 出生　　　　２. 転入　　　　３. その他（　　　　　） | | | | | | | | | | | 受給者番号 | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| （交付事由発生年月日　　　　　　年　　月　　日　　） | | | | | | | | | | |
| 備考 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。