|  |
| --- |
| 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。