

課 長	補 佐	係 長	係	合 議

様式第1号(第8条、別表第1関係)

子ども医療費受給資格証 交付 申請書
再交付

受付		発行		台帳記入		資格証記号 番 号	
子ども	ふりがな				性 別	男 ・ 女	
	氏 名				生年月日	年 月 日	
	住 所						
受給資格者	ふりがな				性 別	男 ・ 女	
	氏 名				生年月日	年 月 日	
	住 所					子どもとの続柄	
	勤 務 先				勤務先の 電話番号	() -	
加入保険	被保険者氏名				被保険者証の記号番号 (枝番)		
	保 險 種 別	協・組・船・共・国			附 加 給 付 の 有 無	有 ・ 無	
	保 險 者 名						
資格証 交付 再交付 申 請 事 由	1 出生したため 4 亡失したため 2 転入してきたため 5 その他() 3 破損したため (交付事由発生年月日 年 月 日)						
上記のとおり、子ども医療費受給資格証の交付(再交付)を申請します。 年 月 日 〒 - 住所 申請者 氏 名 電話番号 () - (子どもとの続柄) 江津市長 様							