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／再交付　申請書

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		被保険者等の記号番号(枝番)	
	保険種別	協・組・船・共・国	附加給付の有無	有　・　無
	保険者名			

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