受給者番号	

子ども医療費受給者証交付申請書

年　　月　　日

大府市長　殿

申請者　住所　大府市　　　　町　　　　　　番地

氏名

電話

次のとおり申請します。

受給者	住所	□申請者に同じ		
	ふりがな		年　月　日生	
	氏名		子どもとの続柄	
子ども	ふりがな		年　月　日生	
	氏名			

資格取得年月日（転入日）	年　月　日

保険の加入状況	記号		番号	
	保険者		被保険者氏名	
	保険者番号		資格取得年月日	年　月　日
備考				

（注）太枠の中のみ記入してください。

住基		福シ		確認	