

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
 方書
 氏名
 電話

次のとおり申請します。

受給者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		
	ふりがな		男・女	年 月 日生
子ども	氏名		男・女	子どもとの続柄
	ふりがな		男・女	年 月 日生
資格取得年月日 (転入日)		年 月 日		
保険の加入状況	記号		番号	
	保険証発行機関		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	
----	--	----	--	----	--

記入例

	受給者番号			
子ども医療費受給者証交付申請書 令和 2年 4月 1日				
大府市長 殿		申請者 住所 大府市中央町五丁目70 番地 方書 大府市役所アパートA棟101号 氏名 大府 太郎 電話 0562-45-6230		
次のとおり申請します。				
受給者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		
	ふりがな	おおぶ たろう	♂ ・ ♀	平成2年5月9日生
氏名	大府 太郎	子どもとの続柄		父
子ども	ふりがな	おおぶ はなこ	男 ・ ♀	令和2年5月9日生
	氏名	大府 花子		
資格取得年月日 (転入日)		年 月 日		
保険の加入状況	記号		番号	
	保険証発行機関		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	
----	--	----	--	----	--