

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	<input type="checkbox"/> 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	
----	--	----	--	----	--