

様式第1号（第4条関係）

綾部市子育て支援医療費受給者証交付・再交付申請書

| | | | | |
|--|---------------------|---|---------|---------------|
| 受給者 | フリガナ | | 性別 | 男・女 |
| | 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 住所 | 綾部市 | | |
| 保護者 | フリガナ | | 性別 | 男・女 |
| | 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 受給者の住所と同じ <input type="checkbox"/> その他（ ） | 受給者との続柄 | 父・母 その他（ ） |
| 加入保険 | 被保険者、組合員 又は世帯主氏名 | | 受給者との続柄 | 父・母 その他（ ） |
| | 保険種別 | 国保 国組 協会 組合 共済 その他 | 記号番号 | 記号 番号 |
| | 保険者名 (保険者番号) | | 附加給付の有無 | |
| 受給者証交付（再交付） 申請事由 | | 年 月 日に 出生・転入・保険取得・紛失・その他（ ） | | |
| 上記のとおり、子育て支援医療費受給者証の交付（再交付）を申請します。 | | | | |
| 年 月 日 | | | | |
| 綾部市長 様 申請者（保護者） 住所 綾部市 氏名 TEL （ ） | | | | |
| 上記受給者証を 年 月 日受領しました。 | | | | |
| 氏名 | | | | |

| | | | | |
|---------|-------|------|----|--|
| 新規認定決裁日 | 年 月 日 | | | 受給者証等 |
| 資格取得日 | 年 月 日 | | | |
| 決裁 | 課長 | 課長補佐 | 担当 | |
| | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 京都子育て支援医療費受給者証 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 綾部市すこやか子ども医療費受給者証 |