

様式第 1 号（第 4 条関係）

綾部市子育て支援医療費受給資格認定（受給者証交付）申請書

受給者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	綾部市		
保護者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	☐ 受給者の住所と同じ ☐ 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		附加給付の有無	
受給資格認定（受給者証交付） 申 請 事 由		年 月 日に 出生・転入・保険取得・その他 ()		
上記のとおり、子育て支援医療費の受給資格認定（受給者証交付）を申請します。 年 月 日 綾部市長 様 申請者（保護者） 住 所 氏 名 (電話番号)				
上記受給者証を 年 月 日受領しました。 氏 名				

決裁	新規認定決裁日	年 月 日		受給者証 ☐ 京都子育て支援医療費受給者証 ☐ 綾部市すこやか子ども医療費受給者証
	資格取得日	年 月 日		
	課長	担当長	担当員	