

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		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	<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。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 綾部市長 様 申請者（保護者） 住所 綾部市 氏名 氏名（ ）				
上記受給者証を令和 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	<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		
決裁				