

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	<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		
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	
	保険種別		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。 綾部市長 様 申請者（保護者） 住所 氏名				
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 <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
資格取得日	年 月 日	
決裁		