様式第１（第３条関係）

子ども医療費受給者証交付申請書

安城市長

注意１　太枠の中のみ記入してください。

２　□のところは、該当するものにレ印を付けてください。

申請日	年　月　日

申請者(保護者)	住　所			
	氏　名		電 話	
子ども	フ リ ガ ナ			
	氏　名			
	生 年 月 日	年　月　日		
	個 人 番 号			
医療保険の加入状況	記 号・番 号			
	保 険 者	名 称		保険者コード
		所在地		
	被保険者	住 所	□　申請者に同じ。	
		氏 名	□　申請者に同じ。	
交付理由	□　出　生 □　転　入 □　その他（　　）理由発生年月日　　年　月　日			

私は、安城市長が医療受給権等審査資料としての所得状況届出書に代え、私とその家族の市税に関する賦課徴収資料を閲覧することを承諾します。

年　月　日

申請者（保護者）　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿