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✓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			
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、安城市長に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の閲覧を承諾します。

年　月　日

申請者（保護者）　住　所

氏　名

根拠規定　安城市子ども医療費助成条例施行規則　様式第１（第３条関係）

受給者番号