

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 令和〇 年 月 × 日

申請者 (保護者)	住 所	安城市桜町18番23号			
	氏 名	安城 太郎	電 話	0566-71-2232	
子 ども	フリガナ				
	氏 名	安城 花子			
	生 年 月 日	令和3年1月1日			
医 療 保 険 の 加 入 状 況	記 号 ・ 番 号	例1) 記号 1234 番号 5678 枝番 01 (社会保険の場合) 例2) 番号 98765432 (国民健康保険の場合)			
	保 険 者	名 称	例1) 安城健康保険組合 (社会保険の場合) 例2) 安城市 (国民健康保険の場合)	保 険 者 コード	1 2 3 4 5 6 7 8
		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	令和3 年	1 月 1 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。

令和〇 年 月 × 日

申請者 (保護者) 住 所 安城市桜町18番23号
氏 名 安城 太郎

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