

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

令和〇年×月△日

申請者 (保護者)	住 所	安城市桜町 1 8 番 2 3 号													
	氏 名	安城 太郎				電 話	0566-71-2232								
子 ども	フリガナ	あんじょう はなこ													
	氏 名	安城 花子													
	生 年 月 日	令和 3 年 1 月 1 日													
	個 人 番 号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2													
医療保険の加入状況	記 号・番 号		例 1) 記号 1234 番号 5678 (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) 〇〇健康保険組合 (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	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ。												
		氏 名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ。												
交付理由	<input checked="" type="checkbox"/> 出 生 <input type="checkbox"/> 転 入 <input type="checkbox"/> その他 () 理由発生年月日 令和 3 年 1 月 1 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。

令和〇年×月△日

申請者 住所 安城市桜町 1 8 番 2 3 号

(保護者)

氏名 安城 太郎