城陽市子育て支援医療費受給者証交付等申請書

乳幼児・児童・生徒の	フリガナ			性　別	生　年　月　日	
	氏　名			男　・　女	平成 令和　年　月　日	
	住　所	城陽市				
	加入保険	保険種別	国民健康保険 市　・　国保組合	社会保険 協会けんぽ　・　健保組合　・　共済組合		
		被保険者名		被保険者証の情報	記号	
		乳幼児・児童・生徒との続柄			番号	
		保険者名称		付加給付の有無 （一部負担金の補填があるかどうか）	有　・　無	
		保険者番号		資格取得日 （認定年月日）	平成 令和　年　月　日	
保護者の	フリガナ			性　別	生　年　月　日	
	氏　名			男　・　女	昭和 平成　年　月　日	
	住　所	＊乳幼児・児童・生徒と同じ場合は記入不要				
	続　柄	父　・　母　・　祖父　・　祖母　・　その他（　　）				
申請事由		平成・令和　年　月　日に １．出生　２．転入　３．制度改正　４．（　　）したため				

上記のとおり、子育て支援医療費受給者証の交付を申請します。

令和　　年　　月　　日

申請者（保護者）　住所

氏名

城陽市長　様　　TEL（　　）　　－

※以下は記入しないでください。

受給者番号							交付方法	郵送　・　窓口	
交付年月日	令和　年　月　日			交付種別	新規　・　他			受領印等（白）	受領印等（さくら）
処理欄	令和　年　月　日			決裁入力年月日 令和　年　月　日					
決裁欄	課長	課長補佐	係長	担当者	受付者	備考欄			