# 京都子育て支援医療費受給者証交付申請書

| 八幡市長様 | 年　月　日 | |
|---|---|---|
| 下記のとおり、京都子育て支援医療費受給者証の交付を申請します。 | 申請者氏名 | 受給者との続柄 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 受給者① | フリガナ<br>氏名 | 性別<br>□ 男　□ 女 | 生年月日<br>年　月　日 |
| 受給者② | フリガナ<br>氏名 | 性別<br>□ 男　□ 女 | 生年月日<br>年　月　日 |
| 受給者③ | フリガナ<br>氏名 | 性別<br>□ 男　□ 女 | 生年月日<br>年　月　日 |
| 受給者④ | フリガナ<br>氏名 | 性別<br>□ 男　□ 女 | 生年月日<br>年　月　日 |
| 保護者 | フリガナ<br>氏名 | 性別<br>□ 男　□ 女 | 生年月日<br>年　月　日 |
| | 住所 | | 電話番号<br>（　　） |

| 加入保険 | 被保険者氏名 | 受給者との続柄 | 保険種別<br>□ 国保　□ 国組　□ 協会<br>□ 組合　□ 共済　□ その他 | 保険証　記号 | 番号　(-枝番) |
|---|---|---|---|---|---|
| | 保険者番号 | | | | |
| | 保険者名称 | | | | |

| 資格取得日（認定年月日） | |
|---|---|
| ① | 年　月　日 |
| ② | 年　月　日 |
| ③ | 年　月　日 |
| ④ | 年　月　日 |

| 受給者証交付申請事由 | 年　月　日に |
|---|---|
| | 1. 出生　　3. その他（　　） |
| | 2. 転入 |

## ※必ずお子さまの加入保険資格情報が確認できるものをご持参ください。

＊以下は記入しないでください

| 受給者番号 | | | 有効期間 | |
|---|---|---|---|---|
| | ① | | | 年　月　日 ～　年　月　日 |
| | ② | | | 年　月　日 ～　年　月　日 |
| | ③ | | | 年　月　日 ～　年　月　日 |
| | ④ | | | 年　月　日 ～　年　月　日 |