

* 記入例

京都子育て支援医療費受給者証交付申請書

八幡市長様	〇〇年〇月〇日
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 八幡 太郎
	受給者との続柄 父

受給者①	フリガナ 氏名 ヤマト イチロウ 八幡 一郎	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 〇〇年〇月〇日
受給者②	フリガナ 氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 年 月 日
受給者③	フリガナ 氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 年 月 日
受給者④	フリガナ 氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 年 月 日
保護者	フリガナ 氏名 ヤマト タロウ 八幡 太郎	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 〇〇年〇月〇日
	住所 八幡市八幡園内75番地	電話番号 075 (983) 1111	

加入 保険	被保険者氏名 八幡 太郎	受給者との続柄 父	保険種別 <input checked="" type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 国組 <input type="checkbox"/> 国退 <input type="checkbox"/> 協会 <input checked="" type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 日雇 <input type="checkbox"/> 船員	保険証 記号 1234	番号 567
	保険者番号 0 1 2 3 4 5 6 7	資格取得日 (認定年月日)	① 〇〇年〇月〇日	② 年 月 日	③ 年 月 日
	保険者名称 〇〇健康保険組合		④ 年 月 日		

受給者証交付 申請事由	〇〇年〇月〇日に ① 出生 2. 転入 3. その他 ()
----------------	--

*以下は記入しないでください

受給者番号	①		有効期間	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

決裁	課長	担当者