

京都子育て支援医療費受給者証交付申請書

受給者①	フリガナ	生年月日	年 月 日
	(学年)	受給者番号	
受給者②	フリガナ	生年月日	年 月 日
	(学年)	受給者番号	
受給者③	フリガナ	生年月日	年 月 日
	(学年)	受給者番号	
受給者④	フリガナ	生年月日	年 月 日
	(学年)	受給者番号	
加入 保 険	被保険者氏名	記号番号	
	認定 (適用開始) 年 月 日	年 月 日	保険者番号
	保険者名称		
受給者証交付 申請事由		年 月 日に 1 出生 2 転入 3 その他 () のため	
上記のとおり、京都子育て支援医療費受給者証の交付を申請します。 年 月 日 住所 向日市 申請者 (保護者) 氏名 日中の連絡先 () - (宛先) 向日市長 受給者との続柄：			確認公簿名 1. 住民基本台帳 2. 健康保険証 確認者 ()
			審 査 済 ・ 未 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 交付日 月 日 </div>

課長	係長	係員	受付	丁