

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 医療 保険	記 号	番 号	枝 番
	被保険者氏名 (世帯主名)	認定 (適用開始) 年月日	年 月 日
	保険者名称	保険者番号	
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. 医療保険資格 確認者 () <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 交付日 月 日 </div>	

課長	係長	係員	受付