様式第1号の3(第5条関係)

子ども医療費受給資格証　交付・再交付　申請書

<table>
<tr><td rowspan="3">子ども</td><td>ふりがな</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">受給資格者</td><td>ふりがな</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="2"></td><td>子どもとの続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="4">(　　)　　―</td></tr>
<tr><td rowspan="3">加入保険</td><td>被保険者氏名</td><td></td><td>記号番号(枝番)</td><td></td></tr>
<tr><td>保険種別</td><td>協・組・船・共・国</td><td>附加給付の有無</td><td>有・無</td></tr>
<tr><td>保険者名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">資格証　交付
再交付
申請事由</td><td colspan="3">1　出生したため　　4　亡失したため
2　転入したため　　5　その他(　　)
3　破損したため
(交付事由発生年月日　　年　　月　　日)</td></tr>
</table>

上記のとおり、子ども医療費受給資格証の交付(再交付)を申請します。

年　月　日

申請者　住　所
氏　名
電話番号　(　　)　―
(子どもとの続柄　　)

浜田市長　　様