

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

子ども	ふりがな		生年月日	年	月	日
	氏名					
	住所					
受給資格者	ふりがな		生年月日	年	月	日
	氏名					
	住所				子どもとの続柄	
	電話番号	() —				
加入保険	被保険者氏名			被保険者証の記号番号(枝番)		
	保険種別	協・組・船・共・国		附加給付の有無	有・無	
	保険者名					
資格証交付再交付申請事由	1 出生したため 2 転入したため 3 破損したため		4 亡失したため 5 その他() (交付事由発生年月日 年 月 日)			
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名 電話番号 () — (子どもとの続柄)</p> <p>浜田市長 様</p>						