

様式第1号（第6条関係）（用紙 日本工業規格A4縦型）

受給者番号

こども医療費受給者証交付申請書

年 月 日

清水町長 様

申請者 住 所
(保護者) 氏 名
電 話

印

下記のとおり、こども医療費受給者証の交付を申請します。

なお、こども医療費助成事務手続きのため、清水町が所得状況その他必要となる情報を調査することに同意します。

記

受給者 (こども)	ふりがな		性別	男・女
	氏名		生年月日	年 月 日
保護者	住所	(電話)		
	氏名		こどもとの続柄	
加入 医療保険	保険の種類	協会 ・ 組合 ・ 共済 ・ 船員 ・ 国保		
	保険者名			
	保険者番号			
	保険者所在地	(電話)		
	被保険者氏名			
	被保険者証	記号		番号