様式第１号（第６条関係）（用紙　日本産業規格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
※申請者が自署しない場合は、押印が必要です。

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

<table>
<tr><td rowspan="3">受　給　者
（こども）</td><td>住　　所</td><td colspan="4">（保護者と別居の場合記入）</td></tr>
<tr><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>婚姻状況</td><td>未婚・既婚</td><td>配偶者氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">保　護　者</td><td>住　　所</td><td colspan="4">（電話　　）</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>こどもとの続柄</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="6">加入（予定）
医療保険</td><td>保険の種類</td><td colspan="4">協会　・　組合　・　共済　・　船員　・　国保</td></tr>
<tr><td>保険者名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>保険者番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>保　険　者
所　在　地</td><td colspan="4">（電話　　）</td></tr>
<tr><td>被保険者
氏　　名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">※国保の場合生計維持者</td></tr>
<tr><td>被保険者等
記号・番号</td><td>記号</td><td></td><td>番号</td><td></td></tr>
</table>

※　受給者の資格確認書等の提示をしてください。