

決 裁	部 長	課 長	補 佐	係 長	係 員	合 議	受 付	
							決 定	
							台帳記載	
資 格 証 発 行			要 ・ 否				発 行	

子ども医療費受給資格証 交付・再交付 申請書

子 ど も	フリガナ	ヤスギ サクラ	生年月日	令和6年1月10日
	氏 名	安来 さくら		
	住 所			
受 給	フリガナ		生年月日	
	氏 名			
	<p>※届出の際は、①届出者の本人確認資料(マイナンバーカード等)及び ②お子様の被保険者証(出生・転入での申請のみ) が必要です。 郵送の場合は、①②のコピーを添付してください。</p>			
保 険 者 名	↓↓↓↓いずれかに○をしてください↓↓↓↓			
資 格 証 交 付 再 交 付 申 請 事 由	<p>① 出生したため 4. 亡失したため 2. 転入してきたため 5. その他 () 3. 破損したため</p> <p>(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>年 月 日</p> <p>※届出日をご記入ください</p>				
<p>住 所 安来市安来町 878-2</p> <p>氏 名 安来 太郎</p> <p>電話番号 (090) -*****</p> <p>(子どもとの続柄 父)</p>				
<p>【郵送先】</p> <p>〒692-8686 安来市安来町 878-2</p> <p>安来市役所 市民課 保険年金係 宛</p> <p>電話番号：0854-23-3084</p>				