

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			生年月日		
	氏 名					
	住 所					
受 給 資 格 者	フリガナ			生年月日		
	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		
	保 険 種 別			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 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 (交付事由発生年月日 年 月 日)					
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 住 所 申請者 氏 名 電話番号 () - (子どもとの続柄) 安来市長 様						