

## 京都子育て支援医療費受給者証交付等申請書

乳 幼 児 及 び 児 童	受給者氏名		生年月日	年齢	
	ふりがな 氏名		年 月 日	歳	
	ふりがな 氏名		年 月 日	歳	
	ふりがな 氏名		年 月 日	歳	
住所	木津川市 (電話番号) ー ー				
保 護 者	保護者氏名		乳幼児及び 児童との続柄	生年月日	
	ふりがな 氏名			年 月 日	
	住所	□乳幼児及び児童と同じ			
加入 保 険	保険者番号			記号番号	
	被保険者名			付加給付	有 · 無
	保険者名				
受給者証交付 申請事由		令和 年 月 日に 出生 · 転入 · その他 ( ) のため			
上記のとおり、京都子育て支援医療費受給者証の交付を申請します。 年 月 日 申請者 住所 木津川市 (保護者) 氏名 木津川市長 宛て					

受領者	・申請者と同じ	受領印