

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
	<small>ふりがな</small> 氏名		年 月 日		歳
	<small>ふりがな</small> 氏名		年 月 日		歳
	<small>ふりがな</small> 氏名		年 月 日		歳
	住所	木津川市 (電話番号) — —			
保 護 者	保護者氏名		乳幼児及び 児童との続柄	生年月日	
	<small>ふりがな</small> 氏名			年 月 日	
	住所	<input type="checkbox"/> 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