京都子育て支援医療費受給者証交付等申請書

<table>
<tr><td rowspan="7">乳幼児及び児童</td><td colspan="2">受給者氏名</td><td colspan="10">生年月日</td><td>年齢</td></tr>
<tr><td colspan="2">ふりがな
氏名</td><td colspan="10">年　月　日</td><td>歳</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="10">個人番号</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">ふりがな
氏名</td><td colspan="10">年　月　日</td><td>歳</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="10">個人番号</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">ふりがな
氏名</td><td colspan="10">年　月　日</td><td>歳</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="10">個人番号</td><td></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="13">木津川市

（電話番号）　　－　　－</td></tr>
<tr><td rowspan="3">保護者</td><td colspan="3">保護者氏名</td><td>乳幼児及び児童との続柄</td><td colspan="9">生年月日</td></tr>
<tr><td colspan="3">ふりがな
氏名</td><td></td><td colspan="9">年　月　日</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="12">□乳幼児及び児童と同じ</td></tr>
<tr><td rowspan="3">加入保険</td><td colspan="2">保険者番号</td><td colspan="3"></td><td colspan="2">記号番号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">被保険者名</td><td colspan="3"></td><td colspan="2">付加給付</td><td colspan="5">有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">保険者名</td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td colspan="2">受給者証交付
申請事由</td><td colspan="12">年　月　日に
出生　・　転入　・　その他（　　）　のため</td></tr>
<tr><td colspan="14">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</td></tr>
</table>

※加入保険については、マイナンバーで照会する場合があります

受領者	・申請者と同じ	受領印