

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) — —				
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	<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		附加給付	有 ・ 無	
	発行機関名 (保険者名)				
受給者証交付 申請事由		年 月 日に 出生 ・ 転入 ・ その他 ( ) のため			
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 木津川市</p> <p>(保護者) 氏名</p> <p>木津川市長 宛て</p>					

受領者	・ 申請者と同じ	受領印