

様式第2号 (第2条関係)

小浜市子ども医療費受給者証交付申請書

年 月 日

小浜市長 様

〒
住 所

申請者 氏 名 印

電話番号

個人番号

子ども医療費受給者証の交付を受けたいので申請します。

保護者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日 生
	個人番号			
	職 業		勤 務 先	
子ども	フリガナ 氏 名		男・女	年 月 日 生
	個人番号			
	住 所	小浜市	続 柄	
保 険	記号番号	(記号) (番号)	資格取得 年月日	年 月 日
	保険者の名称	(保険者番号)		
	保険者の所在地			
口座振替指定金融機関名		口 座 番 号		名 義
		No.	(カナ)	
支店				

受給者番号		台 帳		給付台帳	
-------	--	-----	--	------	--

※太線の枠内は記入しないでください