

様式第1号(第3条関係)

京丹波町すこやか子育て医療費受給者証交付申請書

幼児・児童	ふりがな		生 年 月 日					
	氏 名		年 月 日					
	住 所	京都府船井郡京丹波町						
保 護 者	ふりがな		生 年 月 日					
	氏 名		年 月 日					
	住 所	<input type="checkbox"/> 幼児・児童に同じ 京都府船井郡京丹波町				幼児・児童との続柄 _____		
加 入 保 険	被保険者氏名							
	被保険者等の記号・番号							
	保 険 種 別		協会 けんぽ	健保 組合	共済 組合	市町村 国保	国保 組合	その他
	保 険 者 名		(保険者番号： _____)					
申 請 事 由		_____ 年 月 日に 1. 出生 2. 転入 3. その他(_____)						
上記のとおり、京丹波町すこやか子育て医療費受給者証の交付を申請します。 _____ 年 月 日 申請者住所 京都府船井郡京丹波町 申請者氏名 電 話 番 号 京丹波町長 様								
		有効期間	_____ 年 月 日～		_____ 年 月 日			