

京丹波町すこやか子育て医療費受給者証交付申請書

申請事由		<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他 () (事由発生日: 年 月 日)			
対象者 (保護者)	ふりがな			受給者との続柄	
	氏名	(生年月日: 年 月 日)		<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 京丹波町			
受給者	ふりがな			受給者番号	制度コード
	①氏名	(生年月日: 年 月 日)			
	ふりがな			受給者番号	制度コード
	②氏名	(生年月日: 年 月 日)			
	ふりがな			受給者番号	制度コード
	③氏名	(生年月日: 年 月 日)			
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 京丹波町			
加入医療保険	被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		資格取得年月日	
	受給者との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()		①	年 月 日
	記号・番号			②	年 月 日
	保険者名	(保険者番号:)		③	年 月 日

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。
 なお、この受給者証の交付に必要な対象者及び受給者の世帯に係る住民基本台帳記載事項等について、京丹波町長が調査・確認することに同意します。

年 月 日

申請者住所

申請者氏名

電話番号

京丹波町長様