

子育て支援医療費受給者証交付申請書【記入例】

下記のとおり、子育て支援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受給者の世帯に係る住民基本台帳記載事項を市が閲覧することに同意します。

令和 〇年 〇〇月 〇〇日 住所 長岡京市開田1-1-1
長岡京市長様 氏名 長岡 花子 (母)
電話 951-2121

受給者証交付申請事由		令和 〇年 〇〇月 〇〇日に		<input checked="" type="checkbox"/> 出生
				<input type="checkbox"/> 転入
				<input type="checkbox"/> その他()
保護者	ふりがな	<u>ながおか はなこ</u>	生年月日	お子様との続柄
	氏名	<u>長岡 花子</u>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 〇年 〇〇月 〇〇日	<input type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> お子様の住所と同じ		
お子様(受給者)	ふりがな	<u>ながおか たろう</u>	生年月日	受給者番号
	①氏名	<u>長岡 太郎</u>	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 〇年 〇〇月 〇〇日	
	ふりがな		生年月日	受給者番号
	②氏名		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	ふりがな		生年月日	受給者番号
③氏名		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 長岡京市			
お子様の加入保険	被保険者証の記号番号	<u>〇〇 〇〇〇</u>		お子様の資格取得年月日(認定年月日)
	被保険者氏名(組合員・世帯主)	<u>長岡 京一</u>		① <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 〇年 〇〇月 〇〇日
	保険者番号	<u>1 2 3 4 5 6 7 8</u>	②	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	発行機関名(保険者名)	<u>〇〇〇健康保険組合</u>		③ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日

申請者確認書類 免許証 マイナンバーカード 健康保険証 その他()