

子育て支援医療費受給者証交付申請書

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 年 月 日 住所
お子様との続柄
 長岡京市長様 氏名 ()
 電話

受給者証交付 申請事由		令和 年 月 日に			<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他 ()									
保 護 者	ふりがな	生年月日			お子様との続柄									
	氏名	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成			<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()									
	住所	□お子様の住所と同じ												
お 子 様 (受 給 者)	ふりがな	生年月日			受給者番号									
	①氏名	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>									
	ふりがな	生年月日			受給者番号									
	②氏名	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>									
ふりがな	生年月日			受給者番号										
③氏名	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
住所	□申請者と同じ 長岡京市													
お 子 様 の 加 入 保 険	被保険者の 記号番号				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)				①	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和								
	保険者番号				②	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和								
	発行機関名 (保険者名)				③	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和								

申請者確認書類 免許証 マイナンバーカード その他 ()