

第3号様式（第4条関係）

※受給者番号																	
子ども医療費受給者証交付申請書																	
年 月 日																	
清須市長 様																	
申請者 住 所																	
氏 名																	
(自署の場合、押印不要)																	
電 話 ()																	
次のとおり子ども医療費受給者証の交付を申請します。																	
保 護 対 象 者	住 所																
	ふ り が な 氏 名						生 年 月 日		年 月 日				続柄				
	個 人 番 号																
	職 業		(勤務先)														
子 ど も	住 所																
	ふ り が な 氏 名						生 年 月 日		年 月 日								
	個 人 番 号																
加 入 医 療 保 険	被 保 険 者		住 所														
			氏 名														
	記 号 番 号										※附加給付		有・無				
	保 険 者	名 称						保 険 者 番 号									
		所 在 地															
備 考																	

※については記入の必要はありません。