

(記載例)

太枠内の記入をしてください

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										
記入した日を記入してください										
年 月 日										
清須市長 様										
下の保護者欄に記入した同じ方の氏名等を記入してください 自署の場合は押印不要です										
申請者 住所										
氏名 印										
電話番号										
保護者の方の氏名等を記入してください										
交付を申請します。										
保護対象者	住所									
	ふりがな	氏名	男女	生年月日	年月日	続柄				
	職業		(勤務先)							
子ども	住所									
	ふりがな	氏名	男女	生年月日	お子様の方の氏名等を記入してください					
保険の加入状況	被保険者	住所								
		氏名								
	保険証		記号							
	保険者	名称								
所在地										
備考										

※については記入の必要はありません。