

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 ㊟									
電 話									
※ 自署の場合、押印不要									
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 受 護 給 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	年 月 日生				
保 險 の 加 入 状 況	被 保 険 者		住 所						
			氏 名						
	保 険 証		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。