

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										
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 者 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 険 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。