様式第１号（第５条関係）

子ども医療費受給者証交付申請書

（あて先）掛川市長

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

次のとおり、子ども医療費受給者証の交付を申請します。

<table>
<tr><td>申　請　日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td>受給者番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">子　ど　も</td><td>ふりがな</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">氏　名</td><td rowspan="2"></td><td>子の婚姻</td><td colspan="2">有　　無</td></tr>
<tr><td>子の就労</td><td colspan="2">有　　無</td></tr>
<tr><td rowspan="3">保　護　者</td><td rowspan="2">住　所</td><td rowspan="2">〒</td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td><td>続　柄</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>交付の理由</td><td colspan="5">☐　出生　　☐　転入
☐　その他（　　）
理由発生年月日　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>保険情報</td><td colspan="5">子どもの保険証
コピー添付欄
（保険証が大きい場合は裏面に貼付）</td></tr>
</table>

備考	受付	作成	確認	発行