

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 掛川 太郎

次のとおり、子ども医療費受給者証の交付を申請します。

申請日	令和 ○年 5月 18日		受給者番号				
子ども	ふりがな	かけがわ いちろう		生年月日	令和 △年 3月 31日		
	氏名	掛川 一郎		子の婚姻	有 (無)		
				子の就労	有 (無)		
保護者	住所	〒436-8650 掛川市長谷 1-1-1		生年月日	平成 ◇年 4月 1日		
				電話番号	0537-21-1144		
	氏名	掛川 太郎		続柄	父		
交付の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他（ 理由発生年月日 令和 △年 3月 31日						
保険情報	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)						
備考				受付	作成	確認	発行