

子ども医療費受給者証交付申請書

<児童>

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
住所		出生順位	第 子

<受給申請者>（保護者）

（宛先）見附市長		（申請日） 年 月 日	
上記のとおり受給者証の交付を申請します。 また、この申請及び医療費助成を受けることに関し、私及び児童の加入する医療保険の被保険者並びに児童の世帯主の住民基本台帳について必要な調査をされることに同意します。			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名	署名	電話番号	— —
住所	□児童と同じ（記入不要）		続柄 児童から見て

