

こども医療費受給者証交付申請書

年 月 日

島田市長

住所

氏名

申請者

受診者との続柄

電話番号

次のとおりこども医療費受給者証の交付を申請します。

申請事由	1 出生 2 転入 3 その他 ()		
受診者	ふりがな		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
	監護の有無	<input type="checkbox"/> 受診者 (こども) を保護者が監護し、生計を維持している。 <input type="checkbox"/> 受診者 (こども) 本人が生計を維持している。	
保護者	住所	〒	
	氏名		受診者との続柄 父・母 その他 ()

(注)

- 1 受診者の加入する医療保険に係る被保険者証の写しを添付してください。
- 2 監護の有無の欄については、該当する口にレ印を記入してください。