

太枠内を記入してください。



京都子育て支援医療費受給者証交付等申請書

| | | | | |
|----|--------|------|------|-------|
| 事由 | 出生 | 転入 | 保険取得 | 再交付 |
| | 居住地変更届 | 氏名変更 | 保険変更 | 転出 |
| | 他制度受給 | その他 | | 事由発生日 |
| | | | | 年 月 日 |

| 対象者氏名(お子様) | 生年月日 | 受給者番号(記入不要) | | | |
|------------|----------|-------------|--|--|--|
| フリガナ | 平成・令和・西暦 | | | | |
| | 年 月 日 | | | | |
| フリガナ | 平成・令和・西暦 | | | | |
| | 年 月 日 | | | | |
| フリガナ | 平成・令和・西暦 | | | | |
| | 年 月 日 | | | | |

| | |
|----|--|
| 住所 | |
|----|--|

| | | | | |
|----------|--------|--|-------|-------|
| 医療保険加入状況 | 保険者番号 | | 保険者名称 | |
| | 記号番号 | | 資格取得日 | 年 月 日 |
| | 被保険者氏名 | | | |

《郵送で申請を行う場合》・・・お子様の健康保険証のコピーを添付してください

<窓口で申請を行う場合>・・・お子様の健康保険証を持参してください

上記のとおり、
 ・ 京都子育て支援医療費受給者証の交付(再交付)を申請します。
 ・ 申請事項が変更になりました
 ・ 受給資格を喪失しました
 ので届け出ます。

宇治市長 宛 年 月 日

氏名

申請者 (保護者) 住所は対象者と同じ

住所

連絡先

| | | | | |
|-----|-------------------------------------|----|------|-------|
| 受領者 | ・申請者と同じ ・申請者と異なる (氏名) (続柄) | 受領 | 受付者 | |
| | | | 証交付日 | 年 月 日 |
| | | 課長 | 係長 | 担当 |
| 決裁 | | | | |