

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



記入例

事由	出生	転入	付 出 日
	居住地変更届	氏名変更	
	他制度受給	その他	

対象者氏名(お子様)	生年月日						
フリガナ ウジ タロウ 宇治 太郎 (お子様のお名前)	平成・令和・西暦 〇〇年 △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	宇治市宇治琵琶33番地
----	--------------------

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、
 宇治市長 宛

- ・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

〇年 △月 □日

氏 名 **宇治 花子**
(保護者様のお名前)

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
			決裁	