

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	出	
	他	制	度	受	給	その他				事由 発生日	年	月

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			

《申請に必要なもの》 (郵送の場合は次の書類の写しを送ってください。)

① 申請者(保護者)の本人確認書類

② お子様の健康保険情報を確認できるもの(上記の医療保険加入状況をご記入いただき、その内容が分かるものを添付してください。)

上記のとおり関係書類を添えて申請・届出します。
なお、子育て支援医療費の受給資格の認定及び子育て支援医療費の受給決定を行うに際して、私に係る医療保険加入状況(個人番号を利用した情報照会を含む)、その他必要な事項について、宇治市及び他の行政機関に対して照会・閲覧することに同意します。

宇治市長 宛 年 月 日

氏 名 印

申請(同意)者 住所は対象者と同じ 自署又は記名押印
(保護者)

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	年 月 日		
				証交付日			
			決裁	課長	係長	担当	