|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 様式第１号（第２条関係） | 受給者証番号 | 水市－ |
| 子ども医療費受給者証交付申請書年　　 月　　 日水俣市長　　様　　　　　　　　　　　　申請者（保護者）　　　　　　 〒　　　　 －　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　　水俣市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　 －　下記のとおり子ども医療費受給者証の交付を申請します。　※なお、子ども医療費助成に必要な世帯員の所得の閲覧又は取得に同意します。 |
| 保　護　者　に　関　す　る　事　項 |
| 生年月日 |  | 子どもとの続柄 |  |
| 連　絡　先（ 勤務先 ） | Tel　（　　　　）　　　－ |
| 子　ど　も　に　関　す　る　事　項 |
| フリガナ |  | 性　別 | 生　年　月　日 |
| 氏　名 |  | 男・女 | 年　　 月　　 日生 |
| 加　入保　険 | 記　号 | 番　号 | 保険名 | 被保険者氏名 | 附加給付の給付基準 |
|  |  |  |  |
| 保険者番号 |
| 資格取得年月日　　 年　　 月　　 日 |
| 備　考： |
| 受給者証交付に関する事項（※これ以降は記入しないでください） |
| 有　効　期　限 | 所　得　証　明 |
| 年　　 月　　 日まで | 要・不要 |

１月１日時点において、水俣市に保護者の住民票があるときは所得証明の添付は不要。