

子ども医療費受給者証交付申請書

阿久比町長 殿

住 所 愛知県知多郡阿久比町

申請者

氏 名

電話 () —

対象者	住所								
	フリガナ				男・女				
	氏名					子どもとの続柄			
	職業								
子ども	住所								
	フリガナ				男・女	生 年 月 日			
	氏名								
加入医療保険	被保険者氏名	別紙のとおり			続柄		住所		
	記号番号						附加給付等の有無	有・無	
	保険者名	<保険者番号			>		所在地		
交付事由	1. 出生 2. 転入 ③ その他（子ども医療費助成対象年齢拡大）						受給者番号		
	(交付事由発生年月日 令和6年10月1日)								
備考									