

様式第1号（第4条、第6条、第11条関係）

甲斐市こども医療費助成金受給資格者証交付等申請書

甲斐市長様

申請年月日	年　月　日	※保留解消日	年　月　日
異動事由	新規	出生（第　子）・転入・他医療制度非該当（医療） 生保離脱・その他（　　）	
	喪失	転出・他医療制度該当（医療）・生保加入 その他（　　）	
	変更	保険・住所・氏名（こども・保護者）・保護者・その他（　　）	
	再交付	紛失・破損・汚損・その他（　　）	
異動年月日	年　月　日		
保護者	氏名	生年月日	年　月　日
	住所連絡先	〒 (　　-　　-　　)	
こども	氏名	生年月日	年　月　日
	住所	(※保護者と同住所の場合記載不要)	
こども	氏名	生年月日	年　月　日
	住所	(※保護者と同住所の場合記載不要)	
こども	氏名	生年月日	年　月　日
	住所	(※保護者と同住所の場合記載不要)	

(注) 1. こどもの氏名は今回の申請対象の児童についてのみ記入する。

2. こどもの資格確認書等の写しを添付する。

受付印