

様式第1号（第4条、第6条、第11条関係）

甲斐市子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（子ども・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	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
	住所 連絡先	〒 (- -)		
子ども	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)		
子ども	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)		
子ども	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. こどもの被保険者証等の写しを添付する。

受付印