様式第１号の２（第２条、第５条関係）

子ども医療費受給資格証 交付（更新）申請書

子　ど　も	フリガナ	居住地（住所）
	氏　名	
	生年月日　　年　　月　　日	個人番号
①子ども主として養育している者	氏　名	住 所
	子どもとの続柄	個人番号

加入医療保険	被保険者氏名			子どもとの続柄		住所	
	②保険種別	国(市町村・退・組) 健(協・組・日)・船・共	本人 家族	被保険者証の記号番号			
	保険者番号及び名称						

③交付申請事由	1　受給要件該当のため 2　転入してきたため 3　保険に新たに加入したため	4　その他(　　) (交付事由発生年月日) 年　　月　　日

※　審　　査	認　　定	本　則　・　特　例	却　　下

上記のとおり、子ども医療費受給資格証の交付を申請いたします。

年　　月　　日　　申請者　住所

氏名

磯城郡川西町長　様　　電話

（注）１ ※ 印の欄は、記入しないでください。

２　字は、楷書ではっきり書いてください。