

課長	主幹	係長	主査	係

別記様式第2号(第5条関係)

深川市子ども医療費受給者証交付申請書			
令和 年 月 日			
深川市長		様	
住所 深川市			
申請者			
氏名			
電話番号 ー			
<p>深川市健康づくり及び医療費助成に関する条例の適用を受けたいので、下記の内容を付して受給者証の交付を申請します。</p> <p>本件について必要な課税状況について調査されることに同意します。</p> <p style="text-align: right;">(氏名) _____</p>			
対象者名		性別	男・女
生年月日	年 月 日	年齢	歳
世帯主氏名			
保険者名			
保険者証記号・番号	記号	番号	枝番
加入医療保険附加給付	有 ・ 無		
備考			
_____ 出生・転入 年 月 日			
_____ 受給者番号			
_____ 有効期限 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
_____ 交付日 令和 年 月 日			

注 受給者証の交付申請の際には、健康保険被保険者証又は組合員証を添付してください。