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

年　　月　　日

深川市長　　様

申請者　住　所
氏　名
電話番号
主たる生計維持者

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。

本件について必要な私及び私の家族の課税状況等について調査されることに同意します。

対象者名			
生年月日	年　　月　　日	申請者との続柄	
被保険者又は世帯主氏名			
医療保険の記号・番号	記号　　番号　　枝番		
保険者の名称			
保険者番号			

※決定欄

課長	主幹	課長補佐	係長	主査	係

出生・転入　　年　　月　　日
受給者番号
有効期限　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日
交付日　　年　　月　　日

※決定欄は、記入しないでください。