様式第１号（第４条、第６条関係）

子ども医療証(交付・再交付)申請書

発行事由	1．新規　2．転入　3．生活保護の廃止　4．保険加入　5．資格復活 6．紛失　7．盗難　8．破損、汚損　9．その他(　　)			
①受給者氏名			生年月日	
加入保険	保険種別	協　組　日　船　共　国　国組　自　特定		
	保険者名		保険者番号	
	被保険者名		①との続柄	
	記号		番号	

松原市長　殿

上記のとおり、医療証の(交付・再交付)申請をいたします。

なお、申請に当たり、公簿等により私の所得等の確認をされることを承諾します。

また、家族の所得等を調査することについて、家族の承諾を得ています。

年　　月　　日

申請者
(保護者)　住所

氏名　　㊞

電話番号

市　役　所　記　入　欄

決　裁				資　格　取　得　日	受付印
課長	課長補佐	係長	係員	年　　月　　日	
				受　給　者　番　号	