

こども医療申請

(申請者記入欄) 右上太枠内記入

(申請先) 茨木市長

左記のことに同意し申請します。  
(記名押印に代えて署名することができます。) 申請日 2021年 1月 1日

- ・ 市町村課税台帳や住民基本台帳、国民健康保険台帳等により、所得や記載内容及び個人番号を確認すること
- ・ また、この申請書が茨木市が訂
- ・ 下記のとおり

右上太枠内のみ  
記入をお願いします。

申請者 住所 茨木市駅前三丁目8番13号

氏名 茨木 太郎  
個人番号 主たる養育者 0000 0000 0000  
個人番号 配偶者 0000 0000 0000

子との続柄 父

電話 000-0000-0000

(事務処理欄) ※記入不要

受給者	受給者番号			生年月日	性別
	受給者氏名				
	住所				
資格	異動理由	(適用) 該当職権	記入不要です。		
		(変更) 保険宛名			
		(喪失) 死亡 転出 生保開始 他公費移行 年令到達 職権喪失(死亡・転出・消除) その他喪失			
加入保険	保険種別				
	保険者番号	保険者名			
	記号	番号			
	取得年月日				
	被保険者名				

その他参考	
-------	--

【証有効期間】

~