


子ども医療費助成申請書

福井市長 あて


令和 年 月 日

受給者 住所 福井市大手3丁目10番1号
(保護者) ふくい たろ
ふりがな 福井 太郎 

下記のとおり医療費助成の申請をします

受診者	対象者番号	3	1	2	3	4	5	6	医療保険種別	1 国保 2 退職 3 国組 4 協会
	ふりがな	ふくい はなこ								5 日雇 6 組合 7 船員 8 共済
	氏名	福井 花子								
	生年月日	平成 23 年 4 月 3 日								

福井市 子ども医療費受給者証

公費負担者番号	8 0 1 8 7 0 1 6		
対象者番号	3 1 2 3 4 5 6		
加入保険	社保 ○○○組合		
子ども	住所	福井市大手3丁目10番1号	
	氏名	福井 花子	
	生年月日	平成 23 年 4 月 3 日	男
保護者	住所	福井市大手3丁目10番1号	
	氏名	福井 太郎	
自己負担	通院	1 医療機関ごとに 500 円/月 薬局は無し	
	入院	1 医療機関ごとに 500 円×日数 (上限 4,000 円/月)	
有効期間	令和 2 年 4 月 1 日 から	令和 9 年 3 月 31 日	まで
令和 2 年 4 月 1 日 交付			
見本		福井市長	

助成申請書の対象者番号記載欄は、
受給者証上部にある番号を記載して
ください。

助成申請書の受給者記載欄は、受給者証に
ある「保護者」の氏名を記入してください。