

福井市子ども医療費受給者証交付申請書

福井市長あて

次のとおり、子ども医療費受給者証の交付を申請します。

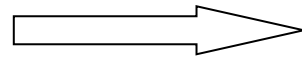
太枠の中のみご記入ください。

		個人番号			申請日	令和 年 月 日						
申請者 (保護者)	ふりがな				子どもの続柄	父・母・()						
	氏名				申請者の生年月日	昭和 年 月 日 平成						
	住所	福井市			昼間の連絡先電話番号	父・母・その他 ()						
満18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある子ども	ふりがな氏名		性別	生年月日 個人番号	同居別居	現住所 (別居の場合のみ記入)			資格審査			
	1			男・女	H・R . .	同・別				資格該当・取得済・他/県・市		
	2			男・女	H・R . .	同・別				資格該当・取得済・他/県・市		
	3			男・女	H・R . .	同・別				資格該当・取得済・他/県・市		
	4			男・女	H・R . .	同・別				資格該当・取得済・他/県・市		
	5			男・女	H・R . .	同・別				資格該当・取得済・他/県・市		
振込先	現在、福井市で子ども医療費の助成を受給中の方は口座記入不要。振込口座は申請者名義に限る。											
			銀行	営業部	普通預金							
			信用金庫	支店	口座番号							
		農協	出張所	口座名義								
		労働金庫	支部	(カタカナ)								

(添付書類) 社会保険各法における被保険者証、加入者証又は組合員証

預金通帳、キャッシュカード等振込先を確認できるもの (現在、受給中の方は不要)

住所要件	保険加入年月日	
年 月 日	年 月 日	資格取得日
公簿確認済		年 月 日



申請事由		児童手当	本人確認	説明	済・未	次回	来庁・郵送
出生・転入・他公費喪失(母医・重医)・子ども医療(制度改正) ・受給者変更⇒□案内済(口座の変更時期について) ()		資格該当・額改定・不要 公務員[勤務先]	運転免許証 個人番号 在留カード ()	不足書類 保・口・() □養育医療	交付年月日		
					令和 年 月 日		
ブックススタート	転入(3歳未満) □提供 □非該当	□完了	確認者				

受付		発行		最終確認	
----	--	----	--	------	--

申請者番号

受給者証	
受領者氏名	