

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
	住所	福井市			昼間の連絡先 電話番号	自宅	()		
						携帯	()		

中 学 校 3 年 生 以 下 の 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 関	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
 普通預金通帳の写し(名義カタカナ、銀行名、支店名が表示されたページ)(現在、受給中の方は不要)

住所要件	保険加入年月日	平成14年4月1日以前生の者	資格取得日
年 月 日	年 月 日	平成23年10月 1日	年 月 日
公簿確認済			

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⇒ <input type="checkbox"/> 案内済(「受給者を変更された方へ」配布) ()	資格該当・額改定・不要 公務員[勤務先]	運転免許証 保険証 在留カード ()	不足書類	保	口	印
ブックスタート	転入(3歳未満) <input type="checkbox"/> 提供 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 完了				
スマイルF	出生・転入(第3子) <input type="checkbox"/> 提供 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 不足(保・口・印・所)				
		確認者	交付年月日			
			令和 年 月 日			

受付	発行	最終確認	申請者番号	受給者証	受領者氏名