

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	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	→	資格取得日
年 月 日	年 月 日		年 月 日
公簿確認済			

申請事由	児童手当	本人確認	説明
出生・転入・他公費喪失(ひ医・重医) 受給者変更 <input type="checkbox"/> 同居保護申立書 ()	資格該当・額改定・不要 公務員[勤務先] <input type="checkbox"/> 完了 <input type="checkbox"/> 不足(口・番号・他)	運転免許証 個人番号 在留カード () 確認者	済・未 保・口・() 次回 来庁・郵送 <input type="checkbox"/> 養育医療あり
ブックススタート <input type="checkbox"/> 転入(3歳未満) <input type="checkbox"/> 提供済 <input type="checkbox"/> 不要			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

振込先金融機関について、児童手当・ひとり親医療の支給口座と同じ口座を指定する。