様式第１号（第３条関係）

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。

また、福井市子ども医療費の助成に関する条例施行規則第3条第2項ただし書又は第8条第2項ただし書、第4項若しくは第6項の規定による確認のために限り、市が受給者又は助成対象者の加入保険の資格に係る情報を取得することに同意します。

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		子どもとの続柄	父・母・（　　）
	氏　名		申請者の生年月日	昭和 平成　　年　月　日
	住　所		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

振込先金融機関	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 信用金庫 農協 労働金庫	営業部 支店 出張所 支部	普通預金 口座番号	
			口座名義 （カタカナ）	

（添付書類）　社会保険各法における加入保険情報の分かるもの（公簿等で確認できる場合は不要）

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 公簿確認済	年　月　日

資格取得日
年　月　日

申請事由	児童手当	本人確認
出生 ・ 転入 ・ 他公費喪失(ひ医・重医) 受給者変更　□同居保護申立書 （　　）	資格該当・額改定・不要 公務員[勤務先　　] □ 完了	運転免許証 個人番号 在留カード （　　）
ブックスタート　転入（3歳未満）　□提供済　□不要	□ 不足(口・番号・他)	確認者

説明	済・未	次回	来庁・郵送
不足書類	保・口・（　　） □養育医療あり		

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。