

〈 記入例 〉

福祉医療費受給者証交付申請書  
(乳幼児・こども用)

1 世帯の状況

【 出生 転入・世帯変更 】

ふりがな 氏名	生年月日 個人番号	受給者証番号	備考	枝番
しゅうなん はなこ <b>周南 花子</b>	<b>R6</b> 年 <b>5</b> 月 <b>1</b> 日 個人番号		資格取得日	
	年 月 日 個人番号	担当課で記入		
	年 月 日 個人番号			

ふりがな 氏名	生年月日 個人番号	本年・昨年1月1日時点の住所 (国外の場合は国名)
しゅうなん たろう <b>周南 太郎</b>	<b>H5</b> 年 <b>1</b> 月 <b>1</b> 日 個人番号 9 9 8 8 7 7 6 6 5 5 4 4	(本年) <b>ア</b> 周南市 <b>イ</b> 周南市外 都道 市区 府県 町村 (昨年) <b>ア</b> 周南市 <b>イ</b> 周南市外 都道 市区 府県 町村 <b>北海道</b> <b>札幌</b>
住所(児童と異なる場合)	<b>広島県広島市平和通り1-1</b>	
しゅうなん さくらこ <b>周南 桜子</b>	<b>H8</b> 年 <b>1</b> 月 <b>2</b> 日 個人番号 2 2 3 3 4 4 5 5 6 6 7 7	(本年) <b>ア</b> 周南市 <b>イ</b> 周南市外 都道 市区 府県 町村 (昨年) <b>ア</b> 周南市 <b>イ</b> 周南市外 都道 市区 府県 町村 <b>広島</b> <b>広島</b>
住所(児童と異なる場合)		

2 加入医療保険の状況(保険の写しがあり、内容全て記載がある場合は記入不要です)

記号	<b>123456</b>	番号	<b>789</b>	資格取得日	平成 <b>令和</b> <b>6</b> 年 <b>5</b> 月 <b>1</b> 日
被保険者氏名	<b>周南 太郎</b>		児童からみた 続柄	<b>父</b> 母 祖父 祖母 その他( )	
保険者番号	<b>1350016</b>		保険者名称	<b>全国健康保険協会山口支部</b>	

裏面の記載事項について同意し、上記のとおり福祉医療費受給者証の交付を申請します。

令和 **6** 年 **5** 月 **10** 日

(宛先) 周南市長

申請者 住所 **周南市岐山通1-1**

氏名 **周南 太郎**

TEL **090-1234-5678**

(日中連絡がとりやすい番号)

※裏面に記載の同意事項をよくお読みください。

地方税関係等 取得に関する 同意書	右記の者は、周南市が福祉医療費助成制度の事務手続きを処理する場合に限り、地方税関係情報について取得することに同意します。	同意者署名	父 <b>周南 太郎</b>	本人確認書類	窓口郵便	免許証・MNC・在C その他:
		母 <b>周南 桜子</b>	窓口郵便		免許証・MNC・在C その他:	

※本年・昨年1月1日時点の住所が周南市以外の方のみ記入ください。

< 上の子参照のため不要 >

※原則本人が記入、ただし同意者の配偶者であれば代筆可(代筆の場合、同意者及び代筆者の本人確認が必要)

職員記入欄

【聞き取り内容】

対象児童の医療保険の資格がわかるもの(コピー)を必ず添付してください。

例: 資格確認書・資格情報のお知らせ

マイナポータルの健康保険画面の印刷 など