

① 子ども医療費助成認定申請書兼台帳

負担者番号 8 1 4 0 5 0

福岡市中央区長
 平成 24 年 10 月 1 日
 (申請者) 〒 810 - ****
 住所 福岡市中央区天神1丁目8番1号 101 号室
(※マンション名も記入)
 氏名 福岡 太郎
(※署名(自筆)の場合は押印不要)
 TEL 092-***-**** (自宅)
 090-****-**** (携帯)
(※携帯電話があればその番号も記入)

1.区名・日付を記入してください。
 2.申請者(記入者)の郵便番号・住所・氏名・電話番号を記入してください。

高額療養費及び高額介護合算療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を福岡市長に委任します。
 また、私の世帯の課税状況について、公簿により確認されることを承諾します。
 下記のとおり申請します。なお、記載内容について公簿により確認されることを承諾します。

フリガナ氏名	生年月日	性別	備考	受給者番号
フカハ ハコ 福岡 花子	平成 14 年 × 月 × 日	男 <input checked="" type="radio"/> 女		
フカハ ジョウ 福岡 次郎	平成 19 年 × 月 × 日	男 <input checked="" type="radio"/> 女		
	平成 年 月 日	男・女		
	平成 年 月 日	男・女		
	平成 年 月 日	男・女		

3.子ども医療費助成制度対象者(0歳~12歳の誕生日の前日以降の最初の3月31日まで)を年齢順に記入してください。

健康保険	記号・番号	フリガナ 被保険者氏名 福岡 太郎	続柄 子の父
	保険者番号	生年月日 昭和・平成 年 月 日	
	保険者名称	コード	

(※対象者と住所が異なる場合のみ記入してください)

4.子どもの健康保険証の記号番号・保険者番号・保険者名称を記入のうえ、被保険者の氏名・フリガナ・生年月日・続柄を記入してください。
 ※コードの記入は必要ありません。

※大枠の中を記入してください。(ただし、「コード」欄は記入しないでください。)