

子 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 区 長

平成 年 月 日

(申請者) 〒 -

住所 福岡市 区 丁目 番 号 号室
(※マンション名も記入)

氏名 . TEL
(※署名(自筆)の場合は押印不要) (※携帯電話があればその番号も記入)

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。

※ 太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。)

フリガナ 氏名	生年月日	性別	備考	受給者番号					
平成 年 月 日	男・女								
平成 年 月 日	男・女								
平成 年 月 日	男・女								
平成 年 月 日	男・女								
平成 年 月 日	男・女								

健康保険	記号・番号							フリガナ	被保険者氏名	昭和・平成 年 月 日	続柄	子の
	保険者番号						コード					
	保険者名称							被保険者住所				
	(※対象者と住所が異なる場合にのみ記入してください)											

取得事由	11. 新規	取得日	〔 . . 〕	申請	□ 郵送 □ 窓口		交付	□ 郵送 □ 窓口										
	12. 市外転入				13. 区外転入	14. 保険加入		15. 生保廃止	19. その他()	20. 制度改正	申請日	〔 . . 〕	決	課長	係長	係員	受付	処理欄
	19. その他()													20. 制度改正	交付日	〔 . . 〕	裁	