

福祉医療費受給者証交付申請書（乳幼児・子ども用）

新規（	年度）					(受給者番号)	
受給者	フリガナ		生年月日			☐ 乳(県) ☐ 乳(市) ☐ 子	
	氏名	住所(申請者と別居の場合)					
	フリガナ		生年月日			☐ 乳(県) ☐ 乳(市) ☐ 子	
	氏名	住所(申請者と別居の場合)					
	フリガナ		生年月日			☐ 乳(県) ☐ 乳(市) ☐ 子	
	氏名	住所(申請者と別居の場合)					

申請者	別紙同意事項に同意し、健康保険情報の写しを添付して福祉医療費受給者証の交付（更新）を申請します。										申請日									
	宇部市長 様										令和 年 月 日									
	申請者(生計中心者)										配偶者									
	フリガナ						フリガナ													
	氏名						氏名													
	住所						住所	☐ 申請者と同じ												
	本年1月1日時点の住所	☐ 宇部市内	☐ 宇部市外	都府道県	市町区	本年1月1日時点の住所	☐ 申請者と同じ	☐ 宇部市内	☐ 宇部市外	都府道県	市町区									
	前年1月1日時点の住所	☐ 宇部市内	☐ 宇部市外	都府道県	市町区	前年1月1日時点の住所	☐ 申請者と同じ	☐ 宇部市内	☐ 宇部市外	都府道県	市町区									
	生年月日						生年月日													
	個人番号	- - - - -					個人番号	- - - - -												
電話番号(左詰め)						電話番号(左詰め)														
被保険者氏名(申請者及び配偶者と異なる場合)																				
氏名																				
税額	申請者	☐ 父				円	⑯	人	⑰	人	配偶者	☐ 父				円	⑯	人	⑰	人
		☐ 母										☐ 母								

受付	添付書類等	確認	不備	情報連携	☐ 出生(60日以内)	受付日	年	月	日	受付者
	保険情報(写し)			新規事由	☐ 転入(. . .)	認定日	年	月	日	確認者
	所得確認(父)				☐ 生保廃止(. . .)					
	所得確認(母)				☐ 前年度所得超過					
	兄弟姉妹確認				☐ 他の福祉医療喪失(☐ 喪失届)					
児童手当確認			区分	☐ 更新書未提出	交付日	年	月	日	交付者	
その他()				☐ その他()						
					☐ 即日 ☐ 郵送					