

京都子育て支援
ふくふく

医療費受給者証交付・再交付申請書

乳幼児及び児童	ふりがな											生年月日	平成	年	月	日
	氏名												令和	年	月	日
	個人番号											自治会名 ()				
	住所	福知山市														
保護者	ふりがな											生年月日	昭和	年	月	日
	氏名												平成	年	月	日
	個人番号											乳幼児及び児童との続柄				
	住所	福知山市										(TEL)				
加入保険	被保険者氏名											乳幼児及び児童との続柄				
	被保険者個人番号															
	保険種別	1 国保 2 国退 3 国組 4 協会健保 5 日雇 6 健保組合 7 船員 8 共済														
	保険者番号											取得日	H・R	・	・	
	(保険者名)	()										交付日	H・R	・	・	
	記号・番号	記号									番号					付加給付
受給者証交付(再交付)申請事由	平成・令和 年 月 日に 1 出生 2 転入 3 破損 4 忘失 5 他制度非該当 6 市町村民税非課税世帯に該当 7 その他 () のため															
上記のとおり、京都子育て支援・ふくふく医療費受給者証の交付(再交付)を申請します。 ただし、市町村民税非課税世帯においては、この申請をもって以後の更新も併せて申請したものとし、所得状況の審査(更新を含む)のため、私及び私の世帯に関して所得の調査をされることに同意します。																
福知山市長様 令和 年 月 日																
申請者個人番号																
申請者氏名																

※ 下欄は記入しないでください。

受給者番号								生保廃止日	R	年	月	日
有効期間	・ ・ ~ ・ ・						交付年月日	R	年	月	日	
確認簿	1. 住民基本台帳		処理	台帳	R	決裁	課長	課長補佐	係長	係		
	2. その他()			入力	・		・					
番号確認	実存確認	確認者	担当者					R	年	月	日	

この申請書に記載していただいた特定個人情報(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)第2条第8項に規定する特定個人情報をいう。)は、福知山市京都子育て支援医療費支給事業・福知山市ふくふく医療費支給事業に係る事務に利用します。