【記入例】

本様式は、子の健康保険証に被保険者（保護者等）の氏名が記載されていない場合または国民健康保険加入世帯であって、15歳（中学氏を除く）以上23歳未満の扶養されている兄弟姉妹がいる場合は必ず記入してください。

様式４

令和　５　年　８月　１５日

福井県知事　様

扶養誓約書

扶養者住所	〒　910-×××× 福井市大手3丁目17-1	ふりがな 扶養者氏名	ふくい　たろう 福井　太郎

私が主として以下の者を扶養していることを誓約します。

（７月１日現在の１５歳（中学生を除く。）以上２３歳未満の扶養している子について記入してください。）

被扶養者住所	〒　615-×××× 京都市右京区××―×	ふりがな 被扶養者氏名	ふくい　いちろう 福井　一郎
被扶養者住所	〒　910-×××× 福井市大手3丁目17-1	ふりがな 被扶養者氏名	ふくい　はなこ 福井　花子
被扶養者住所	〒	ふりがな 被扶養者氏名	
被扶養者住所	〒	ふりがな 被扶養者氏名	
被扶養者住所	〒	ふりがな 被扶養者氏名	

上記のとおり、事実に相違がないことを誓約します。

申請者住所 （保護者等の住所）	〒　910-×××× 福井市大手3丁目17-1	ふりがな 申請者氏名 （保護者等氏名）	ふくい　たろう 福井　太郎

申請書に記載の申請者住所及び氏名を記入願います。上段の扶養者と申請者が同じ場合も、同じ住所、氏名を記入してください。