

小児医療費助成事業医療証交付申請書

大和市長 あて

年 月 日

次のとおり医療証の交付を申請します。
申請者及び生計を同じくする者について公簿等を閲覧することに同意します。

★必ず記入見本をご確認の上、太枠内をご記入ください。

申請者(保護者) ※所得の高い方	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏名	印					
	現住所			個人番号			
	①今年1月1日の 住所地(課税地) ※大和市以外のみ記入	都道府県	市区町村	②昨年1月1日の 住所地(課税地) ※大和市以外のみ記入	都道府県	市区町村	
	③一昨年1月1日の 住所地(課税地) ※大和市以外のみ記入	都道府県	市区町村				
配偶者	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏名						
	現住所 ※別居のみ記入			個人番号			
	①今年1月1日の 住所地(課税地) ※大和市以外のみ記入	都道府県	市区町村	②昨年1月1日の 住所地(課税地) ※大和市以外のみ記入	都道府県	市区町村	
	③一昨年1月1日の 住所地(課税地) ※大和市以外のみ記入	都道府県	市区町村	※配偶者がいない場合、以下に○をしてください。 1 離婚(離婚日 年 月 日) 2 死別 3 未婚 4 その他()			
対象児	フリガナ			連絡先 ※昼間連絡がとれる 電話番号	()		
	氏名				□父携帯 □母携帯 □自宅 □その他()		
	生年月日	年 月 日		申請者との続柄	□子 □その他()		
申請理由	□出生 □転入(年 月 日) □その他()						
児童手当 受給状況	□受給中 □申請中 □職場受給 □受給していない						

※申請者欄は記名捺印に代えて署名することができます。

※大和市で所得が確認できる場合は、以下の同意書は省略することができます。

同意書

大和市長 あて

年 月 日

小児医療費助成事業医療証交付申請の審査のために、私の地方税関係情報を大和市子ども総務課が取得することに同意します。

申請者(保護者) _____ ※本人の自署に限ります。

申請者の配偶者 _____ ※本人の自署に限ります。

【添付書類】裏面の詳細をご確認の上、裏面に貼付または、同封してください。

- 申請者の本人確認書類のコピー(顔写真付1点 または 顔写真なし2点)★注
- 子の健康保険証のコピー
- 申請者・配偶者のマイナンバーがわかるもののコピー(個人番号カード、通知カード等) ※大和市に住民登録をされている方は省略できます。

★注 本人確認書類の例(顔写真付1点 または 顔写真なし2点)

顔写真付 1点	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> その他()	顔写真無 2点	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 最新の年分の源泉徴収票 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他()
------------	---	------------	---

【市役所確認欄】

来庁者	申請者・配偶者・その他()
来庁者の本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他()
委任されていること の確認書類 ※来庁者≠申請者のみ必要	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他() ※申請者のものに限る
所得審査	<input type="checkbox"/> オンライン <input type="checkbox"/> 情報連携 <input type="checkbox"/> 所得証明

受付	入力	確認