

小児医療費助成事業医療証交付申請書

| | | | |
|-------------------------------------|---------------------------|-------------------------------|---|
| 大和市長 宛 | | 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。 | | | |
| 申請者 (保護者) | フリガナ | | |
| | 氏名 | 印 | 生年月日 年 月 日 |
| | 住所 | | 個人番号 |
| | ①今年1月1日の住所地 ※大和市以外の場合 | 都道府県 市区町村 | ②昨年1月1日の住所地 ※①と異なる場合 |
| | ③一昨年1月1日の住所地 ※②と異なる場合 | 都道府県 市区町村 | 都道府県 市区町村 |
| 配偶者 | フリガナ | | |
| | 氏名 | | 生年月日 年 月 日 |
| | 住所 (別居の場合) | | 個人番号 |
| | ①今年1月1日の住所地 ※大和市以外の場合 | 都道府県 市区町村 | ②昨年1月1日の住所地 ※①と異なる場合 |
| | ③一昨年1月1日の住所地 ※②と異なる場合 | 都道府県 市区町村 | ※配偶者無の場合、以下に○をして下さい。 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 | | |
| | 氏名 | 連絡先 ※医療費について連絡し ていい電話番号 | () □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() |
| 児童手当 受給状況 | □ 受給していない □ 受給中 □ 申請中 | | |
| 申請理由 | □ 出生 □ 転入 (年 月 日) □ その他 | | |

(申請者欄は記名捺印に代えて署名することができます。)

大和市で所得確認ができる場合は、以下同意書は省略することができます。

同意書

年 月 日

大和市長 宛

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こ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 裏面に貼付け もしくは 同封してください。 》

| | |
|------|--|
| 添付書類 | <input type="checkbox"/> 本人確認書類コピー(顔写真つき1点 もしくは 顔写真なし2点) ※注1 <input type="checkbox"/> 子の保険証コピー <input type="checkbox"/> 所得証明書(申請者・配偶者) ※ 証明元が大和市長のものは不要。 |
|------|--|

※注1 申請者の本人確認書類の添付が必要です。(顔写真付1点 もしくは 顔写真なし2点)

〔本人確認顔写真付〕
 個人番号カード 運転免許証 パスポート 住民基本台帳カード(顔写真付)
 在留カード その他 []

〔本人確認2点確認〕
 健康保険証 年金手帳 児童扶養手当証書・特別児童扶養手当証書 母子手帳
 住民票 その他 []

| 受付 | 入力 | 確認 |
|----|----|----|
| | | |