

### 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)の ※所得の高い方	フリガナ		生年月日	
	氏名	印	年 月 日	
	住所		個人番号	
	①今年1月1日の の住所地(課税地) ※大和市以外の場合	都道府県 市区町村	②昨年1月1日の の住所地(課税地) ※大和市以外の場合	都道府県 市区町村
	③一昨年1月1日の の住所地(課税地) ※大和市以外の場合	都道府県 市区町村		
配偶者	フリガナ		生年月日	
	氏名		年 月 日	
	住所 (別居の場合)		個人番号	
	①今年1月1日の の住所地(課税地) ※大和市以外の場合	都道府県 市区町村	②昨年1月1日の の住所地(課税地) ※大和市以外の場合	都道府県 市区町村
	③一昨年1月1日の の住所地(課税地) ※大和市以外の場合	都道府県 市区町村	※配偶者無の場合、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 ※医療費について市から 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( )	
児童手当 受給状況	□ 受給してない □ 受給中 □ 申請中			
申請理由	□ 出生 □ 転入 ( 年 月 日 ) □ その他			

※必ず記入見本をご覧のうえご記入下さい。

(申請者欄は記名捺印に代えて署名することができます。)

大和市中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。

大和市長 宛

### 同意書

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中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"/> 申請者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) ※必要な方など詳細は裏面参照
------	--

来庁申請	来庁者(本人・配偶者・その他( ))	代理人申請 代理権確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他( )
代理人申請	代理人身元確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他( ) (以下2点)	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 母子手帳 <input type="checkbox"/> その他( )
所得審査	<input type="checkbox"/> 税オンライン <input type="checkbox"/> 他市情報連携 <input type="checkbox"/> 所得証明		

※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