

小児医療費助成事業医療証交付申請書

【記入見本】

平成29年6月29日

大和市長 宛

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、およびその配偶者(事実婚など含む)の税情報などの公簿(情報連携ネットワークシステムを使用した特定個人情報を含む)を確認することがあります。必ずご本人の同意を得てご記入ください。

※必ず記入見本をご覧のうえご記入下さい。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|---|--------------|-----|---------------------------|---|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 申請者 (保護者) | フリガナ | ヤマト タロウ | | 大和印 | 月日 | 平成 1 年 1 月 1 日 | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 大和 太郎 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 |
| | 住所 | 大和市鶴間1-1-1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ①今年1月1日の住所地 ※大和市以外の場合 | 神奈川県 | 横浜市 | 町田 | 東京都 | 町田 | | | | | | | | | | | |
| | ③一昨年1月1日の住所地 ※②と異なる場合 | 千葉県 | 千葉県 | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者 | フリガナ | ヤマト ハナコ | | 生年月日 | 平成 1 年 2 月 1 日 | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 大和 花子 | | 個人番号 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| | 住所(別居の場合) | 同上 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ①今年1月1日の住所地 ※大和市以外の場合 | 神奈川県 | 横浜市 | 町田 | 東京都 | 町田 | | | | | | | | | | | |
| | ③一昨年1月1日の住所地 ※②と異なる場合 | 神奈川県 | 大和 | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象児 | フリガナ | ヤマト ジロウ | | 連絡先 ※医療費について連絡している電話番号 | 090 (〇×〇×) 〇×〇× <input type="checkbox"/> 父携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 大和 次郎 | | 申請者との続柄 | <input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 平成 29年 6月 1日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 児童手当受給状況 | <input type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 受給中 <input checked="" type="checkbox"/> 申請中 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請理由 | <input checked="" type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入(年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | | | | | | | | | | | |

②と③の欄は、お子様の資格開始日や誕生日によって省略できる場合があります。省略の詳細は必ず確認して下さい。

配偶者がいない場合は、必ずご記入をお願いいたします。

(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

平成29年 6月 29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させていただきます。

申請者(保護者) 大和 太郎 ※本人の自署に限りま

申請者の配偶者 大和 花子 ※本人の自署に限りま

それぞれ、ご本人が署名してください。大和市で所得を把握できる方は省略できます。

《 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 checked="" 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) <input checked="" type="checkbox"/> 子の保険証コピー <input checked="" type="checkbox"/> 所得証明書(申請者・配偶者) ※ 証明元が大和市長のも |
|------|--|

添付書類を確認しながら、チェックをつけてください。添付が不足していると受付できません。

※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[]

本人確認書類は、顔写真付き1点もしくは顔写真なし2点となります。