

小児医療費助成事業医療証交付申請書

平成29年11月29日

【記入見本】

父母のうち、恒常的に所得の高い方のお名前を記入してください。

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。

※必ず記入見本を正確に記入下さい。

※申請者(保護者) ※所得の高い方	フリガナ	ヤマト タロウ		氏名	大和 太郎		住所	大和市鶴間1-1-1		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
	①今年1月1日の住所地(課税地) ※大和市以外の場合	神奈川県 横浜市		②昨年1月1日の住所地(課税地) ※大和市以外の場合	東京都 町田市		③一昨年1月1日の住所地(課税地) ※大和市以外の場合	千葉県 千葉市		生年月日	平成 1 年 2 月 1 日												
	フリガナ	ヤマト ハナコ		氏名	大和 花子		住所	同上		個人番号	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	
対象児	フリガナ	ヤマト ジロウ		氏名	大和 次郎		生年月日	平成29年 10月 1日		連絡先 ※医療費について市から連絡がとれる電話番号	090 (〇×〇×) 〇×〇×		申請者との続柄	■ 子 ・ □ その他 ()									
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																						

課税地を記入してください。(一般的には住民登録地です。自衛隊の方で、1月1日時点硫黄島派遣の場合、小笠原村となります。) 海外の場合、最終的な日本の住民登録地記載のある戸籍附票を添付してください。

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ください。

配偶者がいない場合は、必ずご記入ください。

(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 平成29年11月1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) 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。 ※必要な方など詳細は...

添付書類	<input checked="" 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) <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)
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"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他() (以下2点) <input type="checkbox"/>
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

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。 ※審査結果によって、さらに書類を求められることがあります。

※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。