

父母のうち、恒常的に所得の高い方の氏名を記入してください。

情報連携ネットワークシステムを使用して、申請者及び、その配偶者（事実婚等含む）の税情報等について確認することがあります。

必ずご本人の同意を得てから、申請書は記入してください。

★必ず記入見本をご確認の上、太枠内をご記入ください。

各年の1月1日にお住まいだった住所を記入してください。基本的には、住民登録地となります。海外在住の場合は、最終住民登録地の記載のある戸籍の附票を添付してください。

大和 なでしこ

平成5年 5月 5日

9 9 9 9 9 9 9 9 9 9

① 今年1月1日の住所（課税地）	<input type="checkbox"/> 大和市内 <input checked="" type="checkbox"/> 市外（ 神奈川県 横浜市旭区 ）	<input type="checkbox"/> 大和市内 <input type="checkbox"/> 市外（ <input type="checkbox"/> 同左）
② 昨年1月1日の住所（課税地）	<input type="checkbox"/> 大和市内 <input checked="" type="checkbox"/> 市外（ 東京都 那覇市 ）	<input type="checkbox"/> 大和市内 <input type="checkbox"/> 市外（ 東京都 大田区 ）
③ 一昨年1月1日の住所（課税地）	<input type="checkbox"/> 大和市内 <input type="checkbox"/> 市外（ <input type="checkbox"/> 同左）	<input type="checkbox"/> 大和市内 <input checked="" type="checkbox"/> 市外（ アメリカ ）
連絡先 ※昼間連絡がとれる電話番号	080(XXXX)XXXX <input type="checkbox"/> 父携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（ ）	※配偶者がいない場合、以下に○をしてください。 1 離婚（ 年 月 日） 2 死別 3 未婚 4 その他（ ）
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入（ 配偶者がいない場合は、必ずご記入ください。 ）	
児童手当受給状況	<input type="checkbox"/> 受給中 <input checked="" type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 職場受給 <input type="checkbox"/> 受給していない	
対象児	フリガナ ヤマト ナゴミ 氏名 大和 なごみ	生年月日 令和4年 5月 6日 申請者との続柄 <input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他（ ）

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

※審査結果によって、追加で書類を求められる場合があります。

同意書

地方税関係情報を大和

大和 健康

和 なでしこ

それぞれ、必ずご本人が署名してください。

【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（マイナンバーカード等）※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"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他（ ）	顔写真なし 2点	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 基礎年金番号通知書又は年金手帳 <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	<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他（ ）
来庁者の本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 基礎年金番号通知書又は年金手帳 <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"/> マイナンバーカード <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（ ） ※申請者のものに限る
所得審査	<input type="checkbox"/> OL <input type="checkbox"/> 情報連携 <input type="checkbox"/> 所得証明 <input type="checkbox"/> 戸籍附票・パスポート

受付	入力	確認

大和市小児医療費助成制度について

- 1 概要** 大和市に住民登録をしているお子様が、病気やケガなどで医療機関にかかった際に、保険診療で支払う医療費の自己負担分を助成する制度です。
- 2 対象児** 大和市に住民登録をしている0歳から中学校卒業までのお子様で、下記の項目にすべて該当している方。
- ・大和市に居住しており、大和市に住民登録していること。
 - ・健康保険に加入していること。
 - ・保護者の収入が明らかであること。
 - ・児童福祉法に基づく措置により、医療を受給していないこと。
 - ・1歳以上は、保護者の所得が所得制限限度額未満であること。
 - ・他の公費医療費助成を受けていないこと。（生活保護、障がい者、ひとり親等）
- 3 期間** 医療証の有効期間は下記のとおりです。
- ・0歳児は、誕生日から1歳の誕生日を迎える月の末日まで
 - ・1歳児～14歳児は、誕生月の翌月1日～次の誕生日を迎える月の末日まで
*1日生まれの場合は、誕生日の前月末日まで。
 - ・15歳児は、15歳の誕生日以降の最初の3月31日まで
- ※ 医療証は、保護者の所得等を確認の上、誕生月に自動更新となります。
- ！注意！ 所得超過のため、助成が受けられなかった場合、翌年以降の課税状況等によっては再び助成対象となる場合があります。その際は、翌年の誕生月に再度申請する必要があります。
- 4 申請方法** 下記の必要書類を添付の上、保健福祉センター2階こども総務課へ郵送、または持参してください。
市役所1階市民課・渋谷分室・中央林間分室でも受付できる場合があります。
- 5 必要書類**
- ・小児医療費助成事業医療証交付申請書
 - ・申請者の本人確認書類のコピー
 - ・お子様の健康保険証のコピー
 - ・申請者及び配偶者のマイナンバーがわかるもののコピー *大和市に住民登録されている方は省略可
- ※ 窓口で申請される際は、来庁する方の本人確認書類(原本)を持参ください。
- 6 その他**
- ★ **マイナンバー制度による情報連携について**
審査のため保護者の所得を確認する際に、情報提供ネットワークシステムを使って他自治体から地方税関係情報などを取得することがあります。なお、照会結果によっては、追加で所得証明書等の提出が必要となる場合があります。
 - ★ **申請者・配偶者の審査対象となる所得年度について**
 - お子様の誕生月が1～6月の場合：前々年分の所得
 - お子様の誕生月が7～12月の場合：前年分の所得
- ※ 市外から転入された方は、転入月により必要年度が異なる場合がありますので、事前にお問い合わせください。

＜0歳から中学校卒業までの医療費助成について＞ ※1歳以上は保護者の所得制限があります。

入院・通院の医療費(自己負担分)を助成します。
申請後、保護者の所得を確認の上、医療証を交付します。
申請者(原則として父母のうち所得の高い方)の所得から8万円を控除後の金額が右表の限度額以上である場合は対象となりません。(0歳を除く)
給与又は公的年金等所得がある場合は、給与・公的年金等所得の合計から10万円を控除した後の金額で審査します。また、申請者本人が障がい者や寡婦・ひとり親であったり、障がい者や70歳以上の方を扶養されている場合などはさらに所得から控除される金額があります。詳しくは、こども総務課へお問い合わせください。

《所得制限限度額の目安》

扶養親族等の人数	所得制限限度額
0人	532万円
1人	570万円
2人	608万円
3人	646万円

※以下、1人増すごとに38万円が加算されます。

＜医療証発行前に診療された場合等の医療費助成について＞

神奈川県内の医療機関を受診された場合は、診療月と同月内に医療機関の窓口で医療証を提示すると助成申請を受けられる場合があります。

月をまたいだ場合や、神奈川県外の医療機関を受診された場合は、**保険点数が明記された領収書の原本、お子様の健康保険証・小児医療証・保護者名義の通帳やキャッシュカード・印鑑**をお持ちの上、診療日の翌月以降より、こども総務課窓口で助成申請の手続きを行うことができます。

※ 助成の対象は、保険適用の自己負担分のみです。

※ 健康保険証を提示せず、医療費を全額(10割)支払った場合や、高額療養費等に該当する場合は、事前に入加入されている健康保険組合への請求が必要となります。詳しくは、こども総務課へお問い合わせください。

ご不明な点がございましたら、
右記こども総務課までお問合せください。

〒242-8601 大和市鶴間1丁目31番7号

大和市保健福祉センター2階

大和市役所 こども総務課 行

電話:046-260-5608