

# 子ども医療費助成事業医療証交付申請書

(第4号様式)

大和市長 あて

年 月 日

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の上、次のとおり医療証の交付を申請します。

		申請者（保護者） ※保護者のうち所得が高い方				配偶者 ※事実上婚姻関係にある者を含む					
フリガナ											
氏名											
生年月日		年 月 日				年 月 日					
現住所						□同左					
個人番号											
① 今年1月1日の 住所地（課税地）		□大和市内 □市外（ 都道府県 市区町村）				□大和市内 □同左 □市外（ 都道府県 市区町村）					
② 昨年1月1日の 住所地（課税地）		□大和市内 □市外（ 都道府県 市区町村）				□大和市内 □同左 □市外（ 都道府県 市区町村）					
③ 一昨年1月1日の 住所地（課税地）		□大和市内 □市外（ 都道府県 市区町村）				□大和市内 □同左 □市外（ 都道府県 市区町村）					
連絡先 ※昼間連絡がとれる電話番号		( ) □父携帯 □母携帯 □自宅 □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		□出生 □転入( 年 月 日) □その他( )									
対象児童	フリガナ					生年月日	年 月 日				
	氏名					申請者との続柄	□子 □その他( )				
	個人番号					資格取得年月日	年 月 日				
	加入健康保険	記号			番号			児童との続柄	父・母・その他( )		
		被保険者氏名					保険者番号				
	保険者番号					保険者名称					

★必ず記入見本をご確認の上、太枠内をご記入ください。

※大和市で所得が確認できる場合、対象児童が高校生相当年齢の場合は、以下の同意は省略することができます。

大和市長 あて

## 同意書

年 月 日

子ども医療費助成に係る神奈川県への補助金申請に伴う所得基準判断等、本事業実施のために必要な情報を確認するため、地方税関係情報等を、大和市子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。

**【添付書類必要】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。**

来庁者	□申請者 □配偶者 □その他( )
来庁者の本人確認	□マイナンバーカード □運転免許証 □在留カード □パスポート □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	□マイナンバーカード □運転免許証 □パスポート □その他( ) ※申請者のものに限る
所得審査	□OL □情報連携 □所得証明 □戸籍附票・パスポート
保険資格	□資格確認書類 □情報連携
児童手当	□受給中(市・職場) □申請中 □受給なし
医療証	□窓口交付済 □郵送
特記事項	

受付	入力	確認

歳 市 県

