

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。

★必ず記入見本をご確認の上、太枠内をご記入ください。

		申請者（保護者） <small>※保護者のうち所得が高い方</small>	配偶者
フリガナ			
氏名			
生年月日		年 月 日	年 月 日
現住所			<input type="checkbox"/> 同左
個人番号			
① 今年1月1日の 住所地（課税地）		<input type="checkbox"/> 大和市内 <input type="checkbox"/> 市外（ <small>都道府県</small> <small>市区町村</small> ）	<input type="checkbox"/> 大和市内 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 市外（ <small>都道府県</small> <small>市区町村</small> ）
② 昨年1月1日の 住所地（課税地）		<input type="checkbox"/> 大和市内 <input type="checkbox"/> 市外（ <small>都道府県</small> <small>市区町村</small> ）	<input type="checkbox"/> 大和市内 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 市外（ <small>都道府県</small> <small>市区町村</small> ）
③ 一昨年1月1日の 住所地（課税地）		<input type="checkbox"/> 大和市内 <input type="checkbox"/> 市外（ <small>都道府県</small> <small>市区町村</small> ）	<input type="checkbox"/> 大和市内 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 市外（ <small>都道府県</small> <small>市区町村</small> ）
連絡先 <small>※昼間連絡がとれる電話番号</small>		（ ） <input type="checkbox"/> 父携帯 <input 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 type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他（ ）

※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】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
- 対象児童の健康保険証のコピー
- 申請者・配偶者の住所や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可
※高校生相当年齢の児童の申請者・配偶者のマイナンバーは不要

★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"/> 在留カード <input type="checkbox"/> パスポート <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"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他（ ）
------------	--	-------------	---

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"/> 在留カード <input type="checkbox"/> パスポート <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
児童手当	<input type="checkbox"/> 受給中（市・職場） <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 受給なし
医療証	<input type="checkbox"/> 窓口交付済 <input type="checkbox"/> 郵送
特記事項	

受付	入力	確認

歳 市 県

