

# 記入例

## 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

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。

年 月 日

★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	ヤマト タロウ	ヤマト ナデシコ
氏名	大和 太郎	大和 なでしこ
生年月日	平成11年 1月 11日	平成12年 12月 12日
現住所	神奈川県大和市下鶴間1-1-1 ■同左	
個人番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
①今年1月1日の 住所地（課税地）	<input checked="" type="checkbox"/> 大和市内 <input type="checkbox"/> 市外（ <small>新潟 群馬 山梨 長野 富山 石川 福井 岐阜 愛知 三重 滋賀 京都 大阪 兵庫 奈良 和歌山 徳島 香川 高松 愛媛 高知 福岡 佐賀 長門 山口 徳島 香川 高松 愛媛 高知 福岡 佐賀 長門 山口</small> ）	<input type="checkbox"/> 大和市内 <input type="checkbox"/> 同左 <input checked="" type="checkbox"/> 市外（ <small>神奈川 新潟 群馬 山梨 長野 富山 石川 福井 岐阜 愛知 三重 滋賀 京都 大阪 兵庫 奈良 和歌山 徳島 香川 高松 愛媛 高知 福岡 佐賀 長門 山口</small> ）
②昨年1月1日の 住所地（課税地）	<input type="checkbox"/> 大和市内 <input checked="" type="checkbox"/> 市外（ <small>神奈川 新潟 群馬 山梨 長野 富山 石川 福井 岐阜 愛知 三重 滋賀 京都 大阪 兵庫 奈良 和歌山 徳島 香川 高松 愛媛 高知 福岡 佐賀 長門 山口</small> ）	<input type="checkbox"/> 大和市内 <input type="checkbox"/> 同左 <input checked="" type="checkbox"/> 市外（ <small>神奈川 新潟 群馬 山梨 長野 富山 石川 福井 岐阜 愛知 三重 滋賀 京都 大阪 兵庫 奈良 和歌山 徳島 香川 高松 愛媛 高知 福岡 佐賀 長門 山口</small> ）
③一昨年1月1日の 住所地（課税地）	<input type="checkbox"/> 大和市内 <input checked="" type="checkbox"/> 市外（ <small>神奈川 新潟 群馬 山梨 長野 富山 石川 福井 岐阜 愛知 三重 滋賀 京都 大阪 兵庫 奈良 和歌山 徳島 香川 高松 愛媛 高知 福岡 佐賀 長門 山口</small> ）	<input type="checkbox"/> 大和市内 <input type="checkbox"/> 同左 <input checked="" type="checkbox"/> 市外（ <small>アメリカ 新潟 群馬 山梨 長野 富山 石川 福井 岐阜 愛知 三重 滋賀 京都 大阪 兵庫 奈良 和歌山 徳島 香川 高松 愛媛 高知 福岡 佐賀 長門 山口</small> ）
連絡先 <small>※家庭連絡がとれる電話番号</small>	090(1111)9999 <input type="checkbox"/> 父携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<small>※配偶者がいない場合、以下に○をしてください。</small> 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（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
対象児童	フリガナ 氏名	ヤマト ナゴミ 大和 なごみ
	生年月日	令和5年 5月 5日
	申請者との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他（ ）

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。

婚姻している児童や保護者に養育・監護されておらず自身で生計を維持している児童は、対象児童本人が申請者となります。

配偶者がいない場合は、必ずご記入ください。

※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、以下の同意書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） 大和 太郎 ※本人の自署に限ります。  
 申請者の配偶者 大和 なでしこ ※本人の自署に限ります。

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
- 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）

★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（ ）
------------	--	-------------	---

※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

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。

来庁者	<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他（ ）	受付	入力	確認
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 <small>※来庁者≠申請者のみ必要</small>	<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				

※情報連携の照会結果によっては、追加で書類を求める場合があります。

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、申請書を記入してください。

外国籍の児童の出生による申請や、中学生以下のお子様の申請において、保護者（父母）の方が、海外に居住していた場合の申請などは、他に必要な書類がある場合がございますので、子ども総務課までお問い合わせください。

# 大和市子ども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高校卒業相当年齢までの児童が、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 対象児童** 0歳から18歳に達する日以降の最初の3月31日までにある児童で、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。
  - ・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。
  - ・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、児童の誕生日(1日生まれの場合は誕生日の前月)の末日までです。  
※医療証は、誕生日(1日生まれの場合は誕生日の前月)に自動更新となります。  
※高校3年生相当年齢の児童の更新後の医療証の有効期間は3月31日までとなります。
- 4 申請方法** 下記の必要書類を、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**
- ・子ども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
  - ・対象児童の健康保険証のコピー
  - ・申請者及び配偶者の住所やマイナンバーがわかるもののコピー
- ※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及び配偶者のマイナンバーは不要
- ※ 窓口で申請される際は、来庁する方の本人確認書類(原本)を持参してください。
- 6 その他**
- ★ **保護者の所得の確認について**  
保護者の所得制限はありませんが、県への補助金の申請に必要な場合、児童の誕生日に所得の確認を行っています。転入や未申告等により、大和市で保護者の所得情報が確認できない場合は、同意書等の提出や所得の申告手続きが必要となる場合があります。
- ※ 確認する所得年度について
- 児童の誕生日が1～6月の場合:前々年分の所得
  - 児童の誕生日が7～12月の場合:前年分の所得
- (市外から転入された方は、転入月により異なる場合があります。)
- ★ **マイナンバー制度による情報連携について**  
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。そのため、申請書には情報連携に関する同意書欄を設けています。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。

## ≪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、児童の健康保険証・子ども医療証・申請者の本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証、パスポート、在留カードなど)・申請者名義の通帳やキャッシュカード**をお持ちの上、診療日の翌日以降より、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。窓口に来庁される方が申請者ではない場合は、来庁される方の本人確認書類もあわせて必要となります。

※ 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。

ご不明な点がありましたら、  
右記こども総務課までお問合せください。

R6.4版

郵送の際に、ご使用ください。→

〒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