

子ども医療証交付申請書

記入見本

(あて先) 八尾市長

子ども医療証の交付を申請します。

※なお、以下の対象者及び保護者等において、対象年齢の18歳まで本医療費の助成資格等を受けるにあたり住民基本台帳、住民税課税台帳、健康保険等に関わる必要な情報のために各関係機関に対し、調査及び照会することについて同意します。

※左の太枠欄のみ消えない黒のボールペンでご記入ください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|---------------|--|--|--|---|-------------------|------|-----------------|----|---|--|---|------|---|---|---|
| | | フリガナ | | ヤオシ シロウ | | 提出日 | | 令和 5 年 11 月 1 日 | | | | | | | | |
| 対象の子ども | 氏名 | 八尾市 次郎 | | 生年月日 | | 平成 30 年 9 月 30 日 | | | | | | | | | | |
| | | マイナンバー (個人番号) | | 保護者連絡先 | | 090 - 0X0X - 0000 | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 八尾市 本町1-1-1 | | | | | | | | | | | | | | |
| 保護者 | フリガナ | ヤオシ タロウ | | フリガナ | ヤオシ ハナコ | | | | | | | | | | | |
| | 続柄 | 父 | | 続柄 | 母 | | | | | | | | | | | |
| | 主たる生計者 | <input checked="" type="checkbox"/> してください <input type="checkbox"/> ※上記内容について、同意します。 | | <input checked="" type="checkbox"/> してください <input type="checkbox"/> ※上記内容について、同意します。 | | | | | | | | | | | | |
| | マイナンバー (個人番号) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 | | | |
| | 生年月日 | 昭和・平成 61 年 3 月 1 日 | | マイナンバー (個人番号) | | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 |
| 現住所 | 子に同じ | | 現住所 | | 子に同じ | | | | | | | | | | | |
| 今年1月1日の住所 | 八尾市 | | 大阪 | | 今年1月1日の住所 | | 八尾市 | | | | | | | | | |
| 前年1月1日の住所 | 八尾市 | | 奈良 | | 前年1月1日の住所 | | 八尾市 | | | | | | | | | |
| 健康保険証 (子ども) | 健康保険証写し貼付欄 | | ※ 対象のお子さまの健康保険証の写しをこちらに貼付してご提出ください。 (カード型以外の保険証の写しは、裏面に貼付ください。) | | ※被保険者が上記の保護者以外の場合にご記入ください。 (お子さまが保護者以外の保険に加入されている場合) | | フリガナ | | | | | | | | | |
| | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | 続柄 | | 住所 | | 被保険者が保護者の場合は、記入不要です。 (お子さまの氏名等の記入も必要ありません。) | | 子に同じ | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | | | | |

(医療証について)
入院および外来医療費が対象となる医療証を発行いたします。

(対象の子ども欄について)
連絡先欄には、対象のお子さまの保護者の連絡先をご記入ください。

(保護者欄について)
◎対象のお子さまを監護し生計を維持する者(父・母、またはお子さまを現在監護している者)についてご記入ください。
※保護者のうち所得の高い方を「主たる生計者」欄、その配偶者を「配偶者」欄にご記入ください。

◎「マイナンバー(個人番号)」の欄に12桁の番号をご記入ください。

◎住所について:
・現住所が対象のお子さまと同じでない場合にご記入ください。
・本年1月1日、前年1月1日に他の市区町村に住所を有していた場合はご記入ください。
※この住所地へマイナンバーの情報連携により所得について照会します。(住民登録外課税等、ご本人の状況により異なる場合は、備考欄にご記入ください。)

(健康保険証欄について)
対象のお子さまが加入されている健康保険証の写しを貼付ください。
※カード型以外の保険証の写しは裏面に貼付ください。
(被保険者が主たる生計者・配偶者以外の場合は、被保険者の氏名欄等にご記入ください。お子さまの氏名等の記入も必要ありません。)