

子ども医療証交付申請書

(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。

受付印

※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。

【事務記載欄】下記には記入しないでください。

		提出日		令和		年		月		日		
対象の子ども	フリガナ											
	氏名	生年月日		平成	年		月		日			
		マイナンバー (個人番号)	保護者連絡先									
性別	男・女	住所		八尾市								
保護者	主たる生計者	フリガナ										
		氏名	生年月日		昭和・平成	年		月		日		
			マイナンバー (個人番号)	<input type="checkbox"/> ※上記内容について、同意します。								
	現住所	子に同じ										
	今年1月1日の住所	八尾市		都・道府・県		市・区		町・村				
	前年1月1日の住所	八尾市		都・道府・県		市・区		町・村				
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	生年月日	昭和・平成	年		月		日				
	住所	子に同じ										
備考												

・資格取得日 _____年 ____月 ____日			
・資格取得事由 1.出生 2.転入 3.生保廃止 4.制度移行 5.その他			
・住民登録日(対象者) _____年 ____月 ____日			
・(証記載の)有効期間 R _____年 ____月 ____日 S R _____年 3月 31日			
・所得確認 八尾市・他市(就学前・就学後)			
入力		入力発行確認	
備考			