# 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。

| 提出日 | 令和　　年　　月　　日 |
|---|---|

| 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。**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 対象の子ども | フリガナ | | 生年月日 | 平成・令和　　年　　月　　日 |
| | 氏　名 | | | |
| | | マイナンバー（個人番号） | 保護者連絡先 | －　　－ |
| | 住　所 | 八尾市 | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 保護者 | 主たる生計者 | フリガナ | | 続柄 | 配偶者 | フリガナ | | 続柄 |
| | | 氏　名 | | | | 氏　名 | | |
| | | | □ ※上記内容について、同意します。 | | | | □ ※上記内容について、同意します。 | |
| | | | マイナンバー（個人番号） | | | | マイナンバー（個人番号） | |
| | | 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日 | | | 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日 | |
| | | 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　・ | 都・道 府・県 市・区 町・村 | | 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 | | 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<br>※ 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。<br>（カード型以外の保険証は、裏面に貼付ください。） | 被保険者 | ※被保険者が上記の保護者以外の場合にご記入ください。<br>（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 | |

【事務記載欄】下記には記入しないでください。

・受給者番号

・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
～
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 | | 府費・市費 |
|---|---|---|---|---|

備考