

子ども医療費助成（医療証交付）申込書

（あて先）豊中市長

提出年月日

年

月

日

申 込 者	住 所	電話 ()	連絡先 ()				
		豊中市					
	1月1日時点の住所 <small>(1～6月開始は前年、 7～12月開始は本年)</small>	（上記の住所と異なる場合記入）					
	フリガナ			子どもとの続柄	父 ・ 母 ・ ()		
氏 名			個人番号（12ケタ）				

下記のとおり関係書類を添えて、子ども医療費助成（医療証交付）を申し込みます。なお、子ども医療等の助成対象となる期間については、保護者又は婚姻により成年に達したものとみなされる子どもの生活保護受給状況、児童扶養手当及びひとり親家庭医療の資格情報、市民税課税台帳と児童手当支給台帳の所得情報を閲覧及び確認すること、並びに子どもの加入健康保険に対して、高額療養費・付加給付について確認することに同意します。

年 月 日

保護者氏名

子 ど も		フリガナ	性別	生年月日	対象者番号
	1	氏名			年 月 日
2	氏名			年 月 日	
3	氏名			年 月 日	
4	氏名			年 月 日	

（該当する番号に○印を記入してください）

申 込 事 由	1. 出生（第 子）
	2. 転入（転入年月日 年 月 日）
	3. その他（ ）

添 付 書 類	所得証明書 <input type="checkbox"/>
	パスポート <input type="checkbox"/>
	健康保険証 <input type="checkbox"/>
医 療 証 交 付	窓口 <input type="checkbox"/>
	郵送 <input type="checkbox"/>

受付者	