

# 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

保 護 者	住 所	電話 ( )										
		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、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、課税情報、児童手当における所得情報等、資格の認定等に必要な公簿（マイナンバーを利用した情報提供ネットワークシステム等を含む）の閲覧照会を行い申請書に補記すること、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	1	フリガナ						生年月日			受給者番号		
		氏名						年 月 日					
								個人番号					
	2	フリガナ						生年月日			受給者番号		
		氏名						年 月 日					
								個人番号					
	3	フリガナ						生年月日			受給者番号		
		氏名						年 月 日					
								個人番号					
	4	フリガナ						生年月日			受給者番号		
		氏名						年 月 日					
								個人番号					
	5	フリガナ						生年月日			受給者番号		
		氏名						年 月 日					
								個人番号					

（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	健康保険情報 <input type="checkbox"/>
	所得証明書 <input type="checkbox"/>
医療証 交付	<input type="checkbox"/>

受 付 者	