

記入見本

子ども医療費助成（医療証交付）申込書

（あて先）豊中市長

申込年月日 ○○○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

保 護 者	住所	電話 ○○○（○○○○）○○○○ 豊中市 中桜塚○-○-○
	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	トヨナカ タロウ 子どもの続柄 父・母・（ ）
	氏名	豊中 太郎 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、所得情報等、資格の認定等に必要の公簿（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）を添付すること、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をお願いします。

保護者の署名をお願いします

申込年月日を記入してください

年 月 日

保護者氏名 豊中 太郎

	フリガナ	トヨナカ ハナコ	生年月日	受給者番号
子 ど も	1 氏名	豊中 花子	○○ 年 ○ 月 ○ 日	
	2 氏名			給者番号
	3 氏名		年 月 日	受給者番号
	4 氏名		年	個人番号
	5 氏名		生年月日	個人番号

この申込で対象となるお子様のお名前・生年月日等を記入してください。
※申込できるのは18歳到達後最初の3月31日まで

お子様の健康保険情報を確認できる書類の写しを必ず添付してください。
・資格確認書
・資格取得証明書(A4)
・資格情報のお知らせ(A4)

※窓口でマイナ保険証をご提示いただく場合は不要です。

該当するものに○をつけ必要事項を記入してください。

（該当する番号に○をつけて記入してください）

申 込 事 由	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 出生（第 2 子）
	<input type="checkbox"/> 2. 転入（転入年月日 年 月 日）
	<input type="checkbox"/> 3. その他（ ）

添 付 書 類	健康保険情報 <input type="checkbox"/>	受付者
	所得証明書 <input type="checkbox"/>	
医療証 交付	<input type="checkbox"/>	

- 対象となるお子様の健康保険資格情報を確認できる書類の写しを必ず添付してください。
- 申請書の審査中に追加資料のご提出をお願いすることがあります。その際はご協力をよろしくお願いいたします。