

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 (1～6月開始は前年、 7～12月開始は本年)	(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、保護者および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）の閲覧及び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									

(該当するほうにチェックをしてください)

被保険者	☐ 上記の保護者と同じ	☐ 上記の保護者以外	氏名
------	------------------------------------	-----------------------------------	----

(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)	添 付 書 類	健康保険情報 ☐	受 付 者	
	2. 転入 (転入年月日 年 月 日)		所得証明書 ☐		
	3. その他 ()	医療証 交付 ☐			