

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 子どもとの続柄 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（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込み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。

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
			個人番号	
も	4 氏名		生年月日 年 月 日	受給者番号
			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

該当するほうにチェックしてください

（該当する番号に○印）

被保険者	<input type="checkbox"/> 上記の保護者と同じ	<input type="checkbox"/> 上記の保護者以外 氏名
------	------------------------------------	--------------------------------------

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○印）

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

申 込 事 由	1. 出生（第 〇 子）	添付書類	健康保険情報 <input type="checkbox"/>
	2. 転入（転入年月日 年 月 日）		所得証明書 <input type="checkbox"/>
	3. その他（ ）	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。