

# 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

提出年月日 ○○○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

申込者	住所	電話 ○○○ (○○○) ○○○○	連絡先○○○ (○○○○) ○○○○
	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)	豊中市 中桜塚○-○-○	<b>生計中心者(父、母、養育者)で所得の高い人</b>
	フリガナ	トヨナカ タロウ	
	氏名	豊中 太郎	保護者の個人番号(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・付加料

**生計中心者の記名をお願いいたします**

○○ 年 ○ 月 ○ 日

氏名 豊中 太郎

申込日又はお送りいただく日を記入してください

子ども	氏名	フリガナ	性別	生年月日	対象者番号
				年 月 日	
1	豊中 花子		女	○○ 年 ○ 月 ○ 日	
2					
3				年 月 日	
4				年 月 日	

**18歳(18歳到達後最初の3月31日)までのお子様のお名前・生年月日を記入してください。お子様の健康保険証のコピーも必ず添付してください。**

**該当するものに○をつけてください。**

(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	所得証明書 <input type="checkbox"/>	受付者
	2. 転入 (転入年月日 年 月 日)		パスポート <input type="checkbox"/>	
	3. その他 ( )		健康保険証 <input type="checkbox"/>	
		医療証交	窓口 <input type="checkbox"/>	

- 対象となるお子様の健康保険証のコピーを必ず添付して申請してください。
- 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。