

記入例

様式第1号

子ども医療証交付申請書

摂津市長 様

R ○ 年 ○ 月 ○ 日

申請者 住所 摂津市三島1-1-1

申請者は生計中心者
(父、母、養育者等)

氏名 摂津 太郎
対象者との続柄 (父)

電話番号 090 - 0000 - △△△△(母携帯)

※日中、連絡のつきやすい方の電話番号を記

子ども医療証の交付を次のとおり申請します。なお、この申請以後、医療費の助成に関し所得等の確認が必要となる場合には市町村課税台帳、住民基本台帳又は児童手当受給者台帳により確認し、加入医療保険の被保険者等の資格に係る情報の確認が必要となる場合には申請者及び対象者の個人番号から情報提供ネットワークシステムにより確認することに同意します。

★太枠内のみご記入ください。

申請者
||
保護者

対 象 者	フリガナ	セツツ ハナコ	対象者番号										
	氏 名	摂津 花子	資格始期										
	住 所	同 上	生年月日	R2 . 4 . 1									
			個人番号										
保 護 者	フリガナ	セツツ タロウ	1月2日以降転入した方 転入日	年 月 日									
	氏 名	摂津 太郎	続柄	父									
	住 所	同 上	生年月日	S60 . 3 . 31									
			個人番号										
加 入 医 療 保 険	被保険者又は 組合員氏名		区分										
	記号		番号										
	保険者名	医療証の発行にはお子様(対象者)が健康保険の被保険者であることが 確認できる書類が必要です。 以下①～④いずれか1点をご準備ください。 ①マイナポータルからPDFでダウンロードした資格情報の写し ②保険者発行の資格情報のお知らせの写し											
	資格取得日												
備考欄													
公的所得状況資料													
所得状況													
扶養人数				府 ・ 市							府 ・ 市		
所得額													
控除額													
控除後所得額													
決 裁	課 長	課長代理	係 長	係 員	確 認		受 付						