



母子家庭等医療費受給者証交付・更新申請書 兼
乳幼児等・こども医療費受給者証交付・更新申請書

(宛先) 姫路市長

申請年月日 令和 4年 〇月 〇日

母子家庭等・乳幼児等・こども医療費助成制度の受給者証の交付又は更新の申請をします。
受給資格認定の審査に必要な限りにおいて、申請者の加入医療保険の資格、父・母又は扶養義務者の地方税情報その他の情報について、調査(マイナンバー制度による情報連携によるものを含む。)することに同意します。
また、姫路市福祉医療費助成条例施行規則第8条第4項ただし書に規定する更新を行う場合についても、当該調査を行うことに同意します。

申請者・同意者 (母・父等)	氏名	福祉 良子			生年月日	S H 西暦 2年 〇月 〇日	種別	母子・父子・遺児			
	住所	姫路市 安田四丁目〇-〇						宛名			
	医療保険	別添加入健康保険証の写しのとおり (裏面に添付)			電話番号	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇		No.	母子		
助成対象児童	1	福祉 圭太			生年月日	H R 西暦 26年 〇月 〇日	No.	母子	乳こ		
	2	福祉 葵			生年月日	H R 西暦 30年 〇月 〇日	No.	母子	乳こ		
	3				生年月日	H R 西暦 年 月 日	別世帯でも、同住所同番地に直系親族がいる場合は、氏名等を記載してください。				
	4				生年月日	H R 西暦 年 月 日					
(同居親族 同意者)	1	姫路 太郎			生年月日	S H 西暦 40年 〇月 〇日	続柄	父			
	2	姫路 裕子			生年月日	S H 西暦 42年 〇月 〇日	続柄	母			
受給資格発生事由	1 配偶者(両親)と死別し、現に婚姻をしていない (死亡日 年 月 日) ② 離婚した女子(男子)で、現に婚姻をしていない (離婚日 R3年 〇月 〇日) 3 配偶者(両親)が1年以上生死不明 4 配偶者(両親)から1年以上遺棄されている 5 配偶者(両親)が精神又は身体に障害があり、長期にわたり労働力を失っているため、その扶養を受けていない 6 配偶者(両親)が法令により、1年以上拘禁されているため、その扶養を受けていない 7 婚姻によらないで母(父)となった女子(男子)で、現に婚姻をしていない										
生活状況	①現在の1月当たりの収入又は生活費について、 あてはまるもの全てに <input checked="" type="checkbox"/> を入れ、 金額欄があるものは金額を記載してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 自分自身の収入(給与等) 約 10 万円 <input type="checkbox"/> 自分自身の貯金 約 万円 <input type="checkbox"/> 手当(児童手当、児童扶養手当等) <input type="checkbox"/> 年金(遺族、障害、老齢) <input type="checkbox"/> その他の収入 () <input checked="" type="checkbox"/> 親族等の援助 約 3万円→②へ <input checked="" type="checkbox"/> 養育費 (有・無)→③へ ②親族等の援助がある場合は、 援助者氏名 姫路 太郎 生年月日 s 40年 〇月 〇日 続柄 父 住所 姫路市安田四丁目〇-〇 ③養育費の受け取りがある場合、昨年(令和3年1月~12月)中に受け取った養育費を記載してください。 ※ただし、1~6月に申請する場合は、一昨年中の金額 月額 3万円 × 6月 年間総額 18万円 ・養育費の8割相当額を所得額に合算して資格認定を行います。 ・児童扶養手当で申請している額と同額を記載してください。 された場合、さかのぼって資格										

添付資料	<input type="checkbox"/> 戸籍全部事項証明書 <input type="checkbox"/> 健康保険証写し <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 所得課税証明書 (年分)			本人	MNの提示						付年月日
					有	無	有	無	有	無	有効始期
所得等状況	区分	年度	扶養人数	受給資格発生事由	<input type="checkbox"/> 転入 () <input type="checkbox"/> 転居 () <input type="checkbox"/> その他 ()						有効期限
	本人	課税・非課税	人	人	<input type="checkbox"/> 転入 () <input type="checkbox"/> 転居 () <input type="checkbox"/> その他 ()						交付対象者
		課税・非課税			人						
義務扶養者	課税・非課税		人							公費区分及び負担区分	
		84 一般(市単)	85 一般							85 低所得	

添付書類貼付箇所（ホッチキス留め又はクリップ留めでも構いません。）

のりしろ

①母（又は父）と子ども全員の健康保険証のコピー

のりしろ

② マイナンバーの情報連携による手続を希望する場合は、
母（又は父）、扶養義務者の本人確認書類のコピーを添付

★ 顔写真付き1点又は顔写真なし2点の添付が必要です。

顔写真あり1点	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※マイナンバーカードを本人確認書類とする場合は、コピーを添付せず、 窓口へお越してください。
---------	--

顔写真なし2点	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金関係書類 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他（ ）
---------	--