

乳幼児等医療費・こども医療費 受給者証交付(更新)申請書

(宛先) 姫路市長

乳幼児等医療費・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、対象者の加入医療保険の資格、申請者(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。

注意

窓口に申請者(父又は母等)の本人確認書類及び新規交付を希望するお子様の健康保険証をお持ちください。

		申請年月日		年	月	日	
父及び母等 ※父母両方の記載が必要	申請者兼同意者	フリガナ					
		氏名	子どもとの続柄 父・母・()				
	生年月日	S H 西暦	転入日 ※転入者のみ		年	月	日
	住所	姫路市					
		今年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 上記に同じ				
同意者	住所 ※別居の場合	前年1月1日の住所		<input type="checkbox"/> 上記に同じ			
		フリガナ	子どもとの続柄		父	母	()
同意者	住所 ※別居の場合	氏名	転入日 ※転入者のみ		年	月	日
		生年月日	S H 西暦			年	月
同意者	住所 ※別居の場合	前年1月1日の住所		<input type="checkbox"/> 上記に同じ			
		今年1月1日の住所		<input type="checkbox"/> 上記に同じ			
子ども ※18歳までの扶養親族全ての方を記載	加入医療保険	別添加入健康保険証の写しのとおり(裏面に添付)					
	新規交付希望は○	フリガナ 氏名	生年月日	子どもの住所 ※別居の場合のみ	受給者証の交付状況		
			H R 西暦		<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 対象外 No. <input type="text"/>		
			H R 西暦		<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 対象外 No. <input type="text"/>		
			H R 西暦		<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 対象外 No. <input type="text"/>		
			H R 西暦		<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 対象外 No. <input type="text"/>		
			H R 西暦		<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 対象外 No. <input type="text"/>		
事務処理欄	受付	<input type="checkbox"/> 窓口(福祉医療・住窓) <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 搬送便		<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 却下			
	申請理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 保険加入 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 所得要件該当 <input type="checkbox"/> 施設退所 <input type="checkbox"/> 在留資格取得 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 県0歳 <input type="checkbox"/> 県補助対象 <input type="checkbox"/> 市単独			
	資格有効始期	年	月	日	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 超過(制限内 / 1・2歳)		
	資格有効終期	年	月	日	MN提示の有無 資格入力 審査確認		
	証交付年月日	年	月	日	申請者兼同意者 同意者		
証送付年月日	年	月	日	有 無 有 無			

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 お子様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きを希望する場合は、
父及び母等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 ()
---------	--

【児童手当・特例給付(新規・増額)の必要書類】

※必要書類を提出される際に、この用紙を持参してください。

請求者(父・母・その他_____)

<input type="checkbox"/>	① 振込先口座(請求者名義のもの。)
<input type="checkbox"/>	② 年金加入証明、又は請求者の健康保険証の写し (詳しくは、年金加入証明願の裏面をご参照ください。)
<input type="checkbox"/>	③ その他 ()

※児童手当
受付事務所印
(新規・増額)