



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 年 月 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	生年月日	S H 西暦	年	月	日	種別	母子・父子・遺児	
	住所	姫路市					宛名		
助成対象児童	医療保険	別添加入健康保険証・資格確認書等の写しのとおり(裏面に添付)	電話番号	-		-	No.	母子	
	1	生年月日	H R 西暦	年	月	日	No.	母子	乳こ
	2	生年月日	H R 西暦	年	月	日	No.	母子	乳こ
	3	生年月日	H R 西暦	年	月	日	No.	母子	乳こ
	4	生年月日	H R 西暦	年	月	日	No.	母子	乳こ
(同居親族 同意者)	1	生年月日	S H 西暦	年	月	日	続柄		
	2	生年月日	S H 西暦	年	月	日	続柄		
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 年 月 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☑を入れ、 金額欄があるものは金額を記載してください。 <input type="checkbox"/> 自分自身の収入(給与等) 約 _____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 type="checkbox"/> 親族等の援助 約 _____万円→②へ <input type="checkbox"/> 養育費 (有・無)→③へ				②親族等の援助がある場合は、下記に記載してください。 援助者氏名 _____ 生年月日 _____年 月 日 続柄 _____ 住所 _____ ③養育費の受け取りがある場合、昨年(令和 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_____万円 × _____月 年間総額_____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。 ・児童扶養手当で申告している額と同額を記載してください。 ・養育費について虚偽の申告をされた場合、さかのぼって資格を取り消す場合があります。				

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)		本人確認	本人	親族1	親族2	交付年月日			
			MNの提示	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				有効期限		
	本人	課税・非課税	人	<input type="checkbox"/> 転入(前住所) <input type="checkbox"/> 保険加入 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> その他()				交付対象者	子	母及び子
		義扶養者			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 下記いずれかのコピー
健康保険証、資格確認書、資格情報のお知らせ等

マイナポータルでの健康保険証の資格情報画面提示の場合、以下の健康保険情報を記載

母又は父、保護者等		子 □左に同じ	
記号		記号	
番号		番号	
枝番		枝番	
被保険者氏名		被保険者氏名	
資格取得年月日 S H R 年 月 日		資格取得年月日 H R 年 月 日	
被保険者と 申請者との続柄	本人・()	被保険者 との続柄	子・()
保険者番号		保険者番号	
保険者名 健康保険組合 全国健康保険協会 支部		保険者名 健康保険組合 全国健康保険協会 支部	

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"/> マイナンバーカード(表面のみ)	<input type="checkbox"/> パスポート
	<input type="checkbox"/> 障害者手帳	<input type="checkbox"/> その他()	

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()
---------	--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	---------------------------------