

受付印

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。

姫路市国民健康保険に加入の場合は、姫路市が助成した福祉医療費のうち、高額療養費に該当する部分の申請及びその受領を姫路市に委任します。

申請者・同意者 (母・委任者)	氏名	生年月日			S H 西暦	年	月	日	種別	<input type="checkbox"/> 母子・ <input type="checkbox"/> 父子・ <input type="checkbox"/> 遺児			
	住所	姫路市							宛名				
助成対象児童	医療保険	裏面に添付 又は記入(マイナポータル画面提示)			電話番号	-			No.	母子			
	1	生年月日	H R 西暦	年	月	日	No.	母子	<input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> こ <input type="checkbox"/> 高校生				
	2	生年月日	H R 西暦	年	月	日	No.	母子	<input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> こ <input type="checkbox"/> 高校生				
	3	生年月日	H R 西暦	年	月	日	No.	母子	<input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> こ <input type="checkbox"/> 高校生				
委任者 (同居親族 同意者)	1	生年月日	S H 西暦	年	月	日	続柄		世帯	<input type="checkbox"/> 同世帯 <input type="checkbox"/> 別世帯			
	2	生年月日	S H 西暦	年	月	日	続柄		世帯	<input type="checkbox"/> 同世帯 <input type="checkbox"/> 別世帯			
受給資格発生事由	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 3 配偶者(両親)が1年以上生死不明 <input type="checkbox"/> 4 配偶者(両親)から1年以上遺棄されている <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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												
	◆現在の1か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、その内容等を右欄に記入してください。												
	生活状況	<input type="checkbox"/> 自分自身の収入(給与等)	月額 約()万円	所得の種類		<input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 事業 <input type="checkbox"/> その他()							
		<input type="checkbox"/> 自分自身の貯金	月額 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"/> 親族等の援助	月額 約()万円	援助者氏名()		生年月日(. .)		続柄()					住所()
<input type="checkbox"/> 養育費(住宅ローン含む)		【養育費】月額()万円・【住宅ローン】月額()万円											
※住宅ローン含む 養育費	受取有無	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(年 月から、月額 万円)・ <input type="checkbox"/> 予定有(令和 年 月から、月額 万円)											
	受取実績	◆昨年中(1月から12月)に受取った養育費を記入してください。【注意】1月から6月に申請する場合は一昨年中											
	期間	令和()年 1月~12月	金額	月額()万円×()月=年間()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。 ↑【注意】受取っていない場合は「0」と記入 ・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(本人・対象児童全員分) <input type="checkbox"/> 医療保険の資格情報確認書類(資格確認書等) <input type="checkbox"/> 申立書 <input type="checkbox"/> 一部負担金減額認定申請書(簡申) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 所得課税証明書(R 年分)			本人確認	本人	親族1	親族2	交付年月日	R . .		
				MNの提示	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	交付方法	<input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> 郵送		
所得等状況	区分	R	年度	扶養人数	資格発生日確認	<input type="checkbox"/> 申請月初日 (R . . 1) <input type="checkbox"/> 離婚日 (. .) <input type="checkbox"/> 事実婚解消日 (. .) <input type="checkbox"/> 別居日 (. .) 続柄() → (<input type="checkbox"/> 転居・ <input type="checkbox"/> 転出・ <input type="checkbox"/> 転入) <input type="checkbox"/> 保険加入 (. .) <input type="checkbox"/> その他 (. .)		有効始期	R . .		
	本人	<input type="checkbox"/> 課税			人			有効期限	R . .		
		<input type="checkbox"/> 非課税						交付対象者	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 母及び子		
	扶養義務者()	<input type="checkbox"/> 課税			人			公費区分及び負担区分			
	<input type="checkbox"/> 非課税						<input type="checkbox"/> 84 一般(市単)	<input type="checkbox"/> 85 一般	<input type="checkbox"/> 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)と子ども全員分 下記いずれか1点のコピー

- ・ マイナポータル健康保険証の資格情報をダウンロードしたもの
- ・ 資格確認書
- ・ 資格情報のお知らせ

マイナポータル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	
記号		記号 <input type="checkbox"/> 左に同じ	
番号		番号 <input type="checkbox"/> 左に同じ	
枝番		枝番	
被保険者氏名		被保険者氏名 <input type="checkbox"/> 左に同じ	
資格取得年月日 S H R 年 月 日		資格取得年月日 <input type="checkbox"/> 左に同じ 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 <input type="checkbox"/> 左に同じ	
保険者名 健康保険組合 全国健康保険協会 支部		保険者名 <input type="checkbox"/> 左に同じ 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"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> その他()
---------	---