

乳幼児等・こども医療費受給者証交付申請書

※太枠内をご記入ください。

申請日 令和 年 月 日

受給者 (子ども等)	フリガナ		続柄	住所		
	氏名		本人	三田市		
	生年月日	平・令 年 月 日				
保護者1 (父母等)	フリガナ		続柄	住所		
	氏名		父・母 ()	同居 ・ 別居→		
	生年月日	昭・平・令 年 月 日				
保護者2 (父母等)	フリガナ		続柄	住所		
	氏名		父・母 ()	同居 ・ 別居→		
	生年月日	昭・平・令 年 月 日				
生活のご状況について	<input type="checkbox"/> 保護者(父母等)が生計を維持している場合の収入		1. 給与等 2. 自営業 3. 非課税年金等 4. 預貯金等 5. その他()			
	<input type="checkbox"/> 親族(祖父母・兄弟姉妹)の支援で生計を維持している場合		支援を受けている親族を、以下のその他欄にご記入ください。			
	その他1	フリガナ		続柄	住所	
		氏名		同居 ・ 別居→		
		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日			
	その他2	フリガナ		続柄	住所	
		氏名		同居 ・ 別居→		
		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日			
健康保険情報	記号・番号・枝番		資格取得年月日	平・令 年 月 日		
	被保険者氏名		受給者との続柄	父・母・祖父・祖母 その他()		
	保険者番号		保険者名称			
<p>三田市長あて</p> <p>福祉医療費の助成事務に関して、住民基本台帳・市税等に関する課税資料、その他の賦課徴収資料の調査を承諾します。なお、他の同一世帯員や別世帯の扶養義務者等の調査についても同意を得ております。当事業により既に公費負担した額のうち、世帯主等が給付を受けるべき保険給付(高額療養費等)が発生した場合は、その受領を公費負担者である当市に委任し、世帯内での紛争が生じた場合は私の責任において解決します。以上のことに対応するため、加入保険から被保険者情報及び給付情報等の提供を得ること、また申請内容について加入保険に提供することに同意します。また、世帯構成に変更があったときや、受給者証記載内容の変更があったとき、加入保険等の変更があったときは届け出ます。</p> <p>申請者 (保護者1) ※手書きしない場合は記名押印してください。 連絡先 ()</p>						

(市処理欄)

申請事由	出生	
	転入	
	生保廃止	
	制度改正	
	その他()	

審査	一般	
	低所得	
	経過措置	
	税情報なし	
	所得超過	
	その他()	



① 住民日	令和 年 月 日	
② 健康保険加入日	平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同上 ※①、②の直近の日付が資格取得日
証有効期間1	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	交付日1 令和 年 月 日
証有効期間2	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	交付日2 令和 年 月 日

案内	制度案内【窓口・郵送】	添付	<input type="checkbox"/> 保険情報のわかるもの	受付	入力	確認
	所得課税証明書依頼【現年・翌年】		<input type="checkbox"/> 所得課税証明書			