


記入見本 乳幼児等・子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	サンダ イチロウ		続柄	住所	
	氏名	三田 一郎		本人	三田市 三輪2丁目●-●	
保護者1 (父母等)	フリガナ	サンダ タロウ		続柄	単身赴任等で別居されている場合は別居に○をして、別居先の住所を記入してください。	
	氏名	三田 太郎		父(母) 同居(別居)		
保護者2 (父母等)	フリガナ	サンダ ハナコ		続柄	住所	
	氏名	三田 花子		父(母) 同居(別居)		
生活のご状況について	<input checked="" type="checkbox"/> 保護者(父母等)が生計を維持している場合の収入 <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			① 給与等 2. 自営業 3. 非課税年金等 4. 預貯金等 5. その他()		
	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		
	その他2	フリガナ		続柄	住所	
		氏名		同居・別居		
健康保険情報	記号・番号・枝番	●●●●●●●●		資格取得年月日	平・令 6年 12月 1日	
	被保険者氏名	三田 太郎		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	●●●●●● 保険組合	
三田市長あて 福祉医療費の助成事業義務者等の調査に付場合は、その受領を公被保険者情報及び給付記載内容の変更があったこと、加入保険等の変更があったこととは届出不要。						
申請者は、受給者(子ども等)が加入する健康保険の被保険者です。被保険者が三田市外や海外に居住する場合も同様です。						
申請者(保護者1) 三田 太郎 ※手書きしない場合は記名押印してください。 連絡先 079 (●●●●) ●●●●						

(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			