

# 記入例

## こども医療費受給者証交付申請書

受付印

呉市長 様 次の対象者について申請します。

対象者 (こども)	フリガナ	クレシ ツバキ		生年月日	H <u>(R)</u> 3 年 3 月 3 日			
	氏 名	呉市 つばき						
	マイナンバー	0 0 0 0 - 0 0 0 0 - 0 0 0 0						
	住 所	呉市 中央4丁目1番6号						
	他制度の利用	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 重度医療 <input type="checkbox"/> ひとり親医療 <input type="checkbox"/> 生活保護受給中 <input type="checkbox"/> 児童福祉施設等措置入所中						
区 分	<input checked="" type="checkbox"/> 未就学児 <input type="checkbox"/> 小学生以上							
加入医療保険	記号	0 0 0	番号	000000000	被保険者氏名(※必須)	呉市 一郎	資格取得年月日	昭・平・ <u>(令)</u> 3 . 3 . 3
	保険者名(※必須) <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input checked="" type="checkbox"/> 呉市国民健康保険							
	<input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 船員保険( ) <input type="checkbox"/> その他( )							

【加入健康保険について】※資格確認書・医療保険の情報・資格情報のお知らせのコピーを添付してください。マイナ保険証によるマイナポータルの画面の場合は職員による目視確認の上記入してください。

同意者	保(生計 護中心者)	フリガナ	クレシ イチロウ		生年月日	S・ <u>(H)</u> 4 年 4 月 4 日		
		氏 名	呉市 一郎					
		マイナンバー	0 0 0 0 - 0 0 0 0 - 0 0 0 0					
		住 所	※対象者と同じ場合は記入不要				対象者との続柄	父
		本年1月1日の住所	呉市内・ 呉市外[ 都道府県 市区町村 ]・国外					
	前年1月1日の住所	呉市内・ <u>(呉市外)</u> 広島 都道府県 広島 市区町村 ]・国外						
	配(有偶 者無)	フリガナ	クレシ ハナコ		生年月日	S・ <u>(H)</u> 5 年 5 月 5 日		
		氏 名	呉市 花子					
		マイナンバー	0 0 0 0 - 0 0 0 0 - 0 0 0 0					
		住 所	※対象者と同じ場合は記入不要				対象者との続柄	母
本年1月1日の住所		呉市内・ 呉市外[ 都道府県 市区町村 ]・国外						
前年1月1日の住所	呉市内・ <u>(呉市外)</u> 広島 都道府県 広島 市区町村 ]・国外							
昼間に連絡のとれる電話番号		携帯電話： 父・ <u>(母)</u> ( 1 2 3 - 4 5 6 7 - 8 9 0 0 )						
申請事由		<input type="checkbox"/> 出生 <input checked="" type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 入国 <input type="checkbox"/> 生活保護廃止 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> ひとり親医療非該当 <input type="checkbox"/> 重度医療非該当 <input type="checkbox"/> その他( )						

こども医療費支給要綱に基づく資格審査のために必要な情報を申請時及び更新時において公簿等(マイナンバー制度による情報連携を含む。)で、調査・確認することに同意します。なお、この事業について呉市が広島県からの補助金の交付を受けるにあたり、未就学児が申請対象の場合は必要な所得状況を調査・確認することに同意します。

※ 以下は記入しないでください。

<受付職員記入欄>

申請事由発生日		令和 年 月 日		児童 手当	<input type="checkbox"/> 呉市 <input type="checkbox"/> 他市 <input type="checkbox"/> 公務員	受付者
依頼・添付済	<input type="checkbox"/> 対象者の健康保険確認書類( ) <input type="checkbox"/> マイナ保険証で目視確認		<input type="checkbox"/> 母受給 <input type="checkbox"/> 父受給 <input type="checkbox"/> その他( )			
依頼・添付済	個人番号利用に関する同意書		ひとり親	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> その他( )		
<input type="checkbox"/> 同居優先+( ) <input type="checkbox"/> その他( )		備考欄				

<担当課記入欄>

所得金額	R 年度 ( 人 )	円
受給者番号		
有効期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで
交付年月日	令和 年 月 日	
認定年月日	令和 年 月 日	
送付年月日	令和 年 月 日	

上記の者について、左記のとおり判定してよろしいですか。

担当	課長補佐	支援GL	課長