

記入例

様式第1号（第2条関係）

【法別番号：81・48】

医療費助成申請書（乳幼児等・こども）

加古川市長 様

年 月 日

医療費助成の受給認定（更新を含む。）に関して、世帯状況や保護者及び扶養義務者の所得状況を調査（個人番号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、加古川市医療の助成に関する条例第5条の規定により、医療費の助成を申請します。

※太枠内を記入してください

（申請者兼同意者） 保護者兼同意者1	氏名	（フリガナ） カコガワ タロウ		対象者との続柄	電 話 番 号	
	★	加古川 太郎		父	079 - 421 - 2000	
	住所	加古川市 加古川町北在家2000番地				
	今年1月1日の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 加古川市	都道府県	市区町村	前年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 左記に同じ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外 → 兵庫 都道府県 神戸 市 区 村
同意者	氏名	（フリガナ） カコガワ ハナコ		対象者との続柄	電 話 番 号	
	★	加古川 花子		母	079 - 421 - 2000	
	住所	加古川市 加古川町北在家2000番地				
	今年1月1日の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 加古川市	都道府県	市区町村	前年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 左記に同じ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外 → 兵庫 都道府県 神戸 市 区 村
保護者の同意者	氏名	（フリガナ） カコガワ ハナコ		対象者との続柄	電 話 番 号	
	★	加古川 花子		母	079 - 421 - 2000	
	住所	加古川市 加古川町北在家2000番地				
	今年1月1日の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 加古川市	都道府県	市区町村	前年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 左記に同じ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外 → 兵庫 都道府県 神戸 市 区 村
世帯の直系血族及び兄弟姉妹または税及び健康保険で対象者を扶養している方を記入してください。						
同意者						
住所						
今年1月1日の住所						
国民健康保険に加入の場合、世帯主を記入						
加古川 太郎						
【個人番号について】 申請者の番号確認と本人確認を行いますので、以下の書類をご提示ください。郵送の場合は、書類の写しを申請書の裏面に貼り付けてください。						
1 マイナンバーカード（個人番号カード）をお持ちの方 マイナンバーカードの表面及び裏面の写し						
2 マイナンバーカードをお持ちでない方 ①番号確認書類、②本人確認書類の写し						
①番号確認書類 通知カード、住民票等						
②本人確認書類 (1)か(2)のいずれか (1)写真付きの証明書（1点） 運転免許証、障害者手帳、パスポート等 (2)写真なしの証明書（2点） 健康保険の資格確認書、年金手帳、介護保険受給者証等						
対象者①	氏名	（フリガナ） カコガワ ジロウ		対象者との続柄	電 話 番 号	
	★	加古川 次郎				
	住所	加古川市 加古川町北在家2000番地				
	今年1月1日の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 加古川市	都道府県	市区町村	前年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 左記に同じ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外 → 兵庫 都道府県 神戸 市 区 村
対象者②	氏名	（フリガナ） カコガワ アヤカ		対象者との続柄	電 話 番 号	
	★	加古川 彩佳				
	住所	加古川市 加古川町北在家2000番地				
	今年1月1日の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 加古川市	都道府県	市区町村	前年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 左記に同じ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外 → 兵庫 都道府県 神戸 市 区 村
加入医療保険	加入医療保険	添付または保険情報欄のとおり				
※マイナ保険証で申請をする方は、保険情報を記入してください						
保険情報	被氏保険者	保護者1に同じ <input checked="" type="checkbox"/> 保護者2に同じ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>		対象者①	年 月 日	センター等受付印
	★					担当課受付印
資格確認書等の健康保険情報の写しをご用意できず、マイナ保険証で申請する場合は、保険情報欄を記入してください。						
★・所得情報の調査について、個人番号制度による情報連携を希望される場合は、同意者自らが署名を行ってください。 ・住所地と異なる自治体で住民税が課税されている場合は、その市区町村を記載してください。						

保護者の氏名・フリガナ・生年月日・続柄・電話番号・住所・今年と前年1月1日の住所・個人番号を記入

対象者（乳幼児・こども）の氏名・フリガナ・生年月日・住所・個人番号を記入

国民健康保険に加入の場合、世帯主を記入

加古川 太郎

【個人番号について】
申請者の番号確認と本人確認を行いますので、以下の書類をご提示ください。郵送の場合は、書類の写しを申請書の裏面に貼り付けてください。

- マイナンバーカード（個人番号カード）をお持ちの方
マイナンバーカードの表面及び裏面の写し
- マイナンバーカードをお持ちでない方
①番号確認書類、②本人確認書類の写し

①番号確認書類
通知カード、住民票等

②本人確認書類
(1)か(2)のいずれか
(1)写真付きの証明書（1点）
運転免許証、障害者手帳、パスポート等
(2)写真なしの証明書（2点）
健康保険の資格確認書、年金手帳、介護保険受給者証等

加入医療保険の添付書類については、対象者（乳幼児・こども）の資格確認書またはマイナポータルの健康保険情報画面の写しを裏面に添付

加入医療保険 添付または保険情報欄のとおり

※マイナ保険証で申請をする方は、保険情報を記入してください

資格確認書等の健康保険情報の写しをご用意できず、マイナ保険証で申請する場合は、保険情報欄を記入してください。

★・所得情報の調査について、個人番号制度による情報連携を希望される場合は、同意者自らが署名を行ってください。
・住所地と異なる自治体で住民税が課税されている場合は、その市区町村を記載してください。