

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）	氏名	(フリガナ) カコガワ タロウ 加古川 太郎	対象者との続柄	父	電話番号	079 - 421 - 2000
	★	平成2年 1月 1日生	個人番号	1 2 3 4 - 5 6 7 8 - 9 0 1 2		
	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"/> 左記と同じ	<input checked="" type="checkbox"/> 左記以外 → 兵庫 都道府県 神戸 (市) 区町村
同意者	氏名	(フリガナ) カコガワ ハナコ 加古川 花子	対象者との続柄	母	電話番号	079 - 421 - 2000
	★	平成4年 1月 1日生	個人番号	9 8 7 6 - 5 4 3 2 - 1 0 9 8		
	住所	都道府県 市区町村 前年1月1日の住所 <input type="checkbox"/> 左記と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外 → 兵庫 都道府県 神戸 (市) 区町村				
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。						
			対象者との続柄		電話番号	
					-	-
同意者	★	年 月 日生	個人番号		-	-
住所	<input type="checkbox"/> 保護者1と同じ					
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	都道府県	市区町村	前年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 左記と同じ	都道府県	市区町村
				<input checked="" type="checkbox"/> 左記以外 →		
以下に世帯主等による国民健康保険に加入の場合、世帯主を記入してください。 （世帯主が国民健康保険に加入している場合は、世帯主の氏名を記入してください。）						
加古川 太郎						
対象者①	氏名	(フリガナ) カコガワ ジロウ 加古川 次郎	平成20年 1月 1日生			
対象者②	氏名	(フリガナ) カコガワ アヤカ 加古川 彩佳	令和5年 1月 1日生			
対象者③	氏名	(フリガナ)	年 月 日生			
対象者④	氏名	対象者（乳幼児・こども）の氏名	年 月 日生			
加入医療保険 <input checked="" type="checkbox"/> 添付または保険情報欄のとおり（対象者全）						
※マイナ保険証の申請をする方は、保険情報を記入してください。						
被保険者	被保険者	被保険者	被保険者	被保険者	被保険者	被保険者
保険情報	保険証・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。			記号	番号	
				センター等受付印	担当課受付印	
★ 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、世帯主を記入してください。

【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、下記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
Ⅰ 番号確認書類、Ⅱ 身元確認書類の写し
Ⅰ 番号確認書類
通知カード、住民票等
Ⅱ 身元確認書類
(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、旅券等

対象者（乳幼児・こども）の氏名

被保険者

保険証・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。