

受付印

子ども医療 医療証交付申請書
(新規・再交付)

〒・電・窓

申請日：令和・西暦 年 月 日

岸和田市長 様

申請者 住 所： 岸和田市 町

氏 名： 子との続柄(父・母・())

電 話： - -

岸和田市子ども医療医療証の交付を次のとおり申請します。

申請に伴う対象者(子ども)の個人番号は【 】です。

		受給者番号						
対象者 子ども	フリガナ	資格始期	H・R・西暦	年	月	日		
	氏 名	生年月日	H・R・西暦	年	月	日		
	住 所	1 申請者と同じ 2 岸和田市()町()		(1月2日以降転入した方) 転入日:R・西暦 年 月 日				
保護者	フリガナ	続柄	父 ・ 母 ・ その他 ()					
	氏 名	生年月日	S・H・西暦	年	月	日		
	住 所	1 申請者と同じ 2 対象者(子ども)と同じ 3 ()市・町・村()町()		(1月2日以降転入した方) 転入:R・西暦 年 月 日				
保護者	フリガナ	続柄	父 ・ 母 ・ その他 ()					
	氏 名	生年月日	S・H・西暦	年	月	日		
	住 所	1 申請者と同じ 2 対象者(子ども)と同じ 3 ()市・町・村()町()		(1月2日以降転入した方) 転入日:R・西暦 年 月 日				
加入 医療 保険	被保険者・組合員 世帯主氏名	区分	本人 ・ 家族 ・ 一般 ・ 退職					
	記 号	番号						
	保険者名	保険者番号						
	資格取得日 認定年月日 適用開始年月日	H・R・西暦 年 月 日	附加給付の有無	有 ・ 無				

- (確認事項) ☐ 申請者本人確認書類【免・マイ・パス・手帳・在留・現況・()】
☐ 子の健康保険資格が確認できるもの(サービスセンター受付の場合はコピー添付要)
☐ 国保同時加入(サービスセンター受付時のみ)

(申請理由) 出生／転入／新規申請／年齢拡大／生保廃止(廃止証明必要)／
他法公費廃止(所得超過・婚姻(事実婚)・())
措置(一時保護)解除(解除証明必要)／再発行(医療証回収:有・なし)

受 付	システム 入 力	確 認
	☐ 保険変更	

- ☐ 証郵送(/ 済) ☐ 更新
☐ 証手書き(センターでの再発行の場合)
☐ 住基反映遅れ

令和 年 月 日

岸和田市長 様

同 意 書

岸和田市が大阪府市町村乳幼児医療費助成事業費補助金(※)の交付申請に係る対象者（子ども）の判定事務で必要があるときは、私及び世帯員の地方税関係情報を公簿により確認することについて同意します。

保護者氏名 _____

※岸和田市が岸和田市子どもの医療費の助成に関する条例（平成5年条例第29号）に基づき助成した子どもの医療費のうち、一定の要件を満たす子どもの医療費助成額について、大阪府が岸和田市へ交付する補助金

備考

- 1 同意する者が自ら署名を行うこと。
- 2 本書の複写は無効とする。