医 療 証 交 付 申 請 書

（宛先）厚木市長　　令和　　年　　月　　日

次のとおり、子ども医療費助成事業について申請します。また、本申請及び資格更新時等に、養育者の住所及び所得状況に係る事項について、公簿及び課税台帳により確認することに同意いたします。

対象者（子ども）

フリガナ			個人番号		
氏名			生年月日	平成 令和　　年　　月　　日	
住所					
ひとり親家庭等医療費助成・重度障害者医療費助成の受給	有　・　無	生活保護の受給	有　・　無	里親委託・施設入所	有　・　無

対象者（子ども）が加入している健康保険の確認	いずれかに☑をつけてください。 □健康保険証、資格確認書等（裏面にコピーを貼り付けてください。） □マイナ保険証の利用　以下※印を記入してください （市が個人番号を利用して、健康保険情報を取得します。）		
	※必ず記入してください	※被保険者名（世帯主名）	保険料をはらって保険に加入している方
		※保険の種類	当てはまるものに〇をつけてください（国保組合の場合は名称を記入） １、健保協会・健保組合　２、共済組合　３、船員保険 ４、厚木市国保　５、（　　）国保組合

養育者１　（所得が高い方）

フリガナ		続柄	父　・　母　・（　　）
氏名		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
住所	□子どもと同居（別居の場合は下に記入） ※過去3年間の1月1日の住所地（市内・市外・海外）当てはまるものに〇	連絡先	－　　－

養育者２　（養育者１の配偶者等）　※無の場合は記入不要

フリガナ		続柄	父　・　母　・（　　）
氏名		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
住所	□子どもと同居（別居の場合は下に記入） ※過去3年間の1月1日の住所地（市内・市外・海外）当てはまるものに〇	連絡先	－　　－

所得年度	令和　　年	受給者番号	

※市処理欄

申請事由	月　　日（出生・転入・切替（親・生・障）・保険加入・在留登録・その他）				収受印
手続き状況	児童手当	有・無（市外・公務員）	おむつ	有・後日・対象外	
子番号確認	□個人番号ｶｰﾄﾞ　□住民票又は記載事項証明書			□基幹S確認者	
申請者身元確認	写真付(1つ)	□個番ｶｰﾄﾞ　□運転免許　□ﾊﾟｽﾎﾟｰﾄ　□その他			
	写真無(2つ)	□健康保険証　□年金手帳　□母子手帳 □学生証・社員証　□その他（　　）			
備　　考					