

# 《事前申請》

## 子ども医療証交付申請書(令和3年度)

(あて先) 日 野 市 長

申請日

年 月 日

申請者	住所							電話	( )		
	フリガナ 氏名							性別	男・女	配偶者	有・無
	個人番号							生年月日	昭和・平成	年 月 日	
配偶者	フリガナ 氏名							子ども医療費助成制度の医療証の交付を申請します。なお、認定審査のために、申請者及び配偶者の所得状況等を公簿で確認することに同意します。			
	個人番号										
助成対象児童	フリガナ 氏 名					生年月日	市処理欄				
		平成	年	月	日	受給者番号	資格期間	年	月	日	
		平成	年	月	日	受給者番号	資格期間	年	月	日	
		平成	年	月	日	受給者番号	資格期間	年	月	日	
		平成	年	月	日	受給者番号	資格期間	年	月	日	

該当する番号に○をつけてください。(該当しない場合は、ご記入不要です。)

1. 生活保護を受けている
2. ひとり親医療証を持っている
3. 心身障害者医療証を持っている (該当児童名 )
4. 児童福祉施設(母子生活支援・通所施設を除く)に入所している。(該当児童名 )

**対象児童の健康保険証のコピーをここに貼付してください。**  
のりしろ

\*スペースが足りない場合は、申請書裏面に貼付ください。

市 処 理 欄	児 童 手 当	受給中	NO.	医 療 証	扶養人数	受付		
		申請中	児童手当・特例給付		所得	入力		
	非受給	公務員・市外・その他	控除額	8万円+	控除後の所得	審査		
		申請理由	出・転・他	住民年月日	送付日			
					年 月 日			

不足書類

- 保険証
- 年度課税証明書
- その他 ( )

**転入日から2カ月以内( / )に必ず提出してください。**(郵送の場合は必着)

※上記の日までに申請書類(不足書類を含む)を提出されないと、資格は**申請書類を受理した日から**となり、資格日(受理日)以前の医療費は助成対象になりませんのでご注意ください。