

こどもの医療費受給者証交付申請書

阿南市長宛て

以下の事項に同意した上で、阿南市こどもの医療費の助成に関する条例施行規則第4条の規定により、次のとおり申請します。

- (1)こどもの医療費受給資格の取得、喪失、変更及び更新並びに医療費の助成にあたり、申請者(保護者)(申請者(保護者)と被保険者が異なる場合は被保険者を含む。)及びそのこどもに関する所得(税状況)、世帯の状況、保険の加入状況、診療及びその公費の助成内容について官公署、関係人に調査・報告を求めることに同意します。
- (2)こどもの医療費の助成に関する条例に基づく事務のうち個人番号を利用して処理する必要があるものについて、阿南市が申請者(保護者)の個人番号を利用して取得・確認することに同意します。
- (3)(2)に同意しない場合は、当該部分を

申請年月日		令和	
理由	該当するものにレ点を付		
	<input type="checkbox"/> 出生		
<input type="checkbox"/> 転入			日
申請者(保護者)	住所	阿南市富岡町トノ町12番地3	
	ふりがな	あなん たろう	生年月日
	氏名	阿南 太郎	S・H 3年 1月 1日
個人番号		※日中に連絡可能な番号を記入してください。 電話 (0884)22-1118	
代理人(窓口きた方)	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	ふりがな	あなん ひかり	来庁者が申請者と異なる場合は氏名、住所(受給者と住所が異なる場合のみ)等記入してください。 受給者と住所が異なる場合は委任状が必要です。
氏名	阿南 ひかり		
こども	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 代理人と同じ	
	阿南市		
ふりがな	あなん じろう	性別	生年月日
氏名	阿南 次郎	男・女	H・R 6年 1月 1日
加入保険	記号	おこさまが加入されている健康保険を記入してください。	
	番号	健康保険証等のコピーを添付してください。	

⑩ 申請書を提出するときは、被保険者証又は組合員証を提示してください。

【1月1日住所地】

R6 年 徳島 市・町

R5 年 徳島 市・町

※市役所・支所・住民センター記入欄

持参するもの	<input type="checkbox"/> 運転免許証	1月1日に阿南市外に居住の方は、1月1日の居住市町村を記入してください。
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	
	①おこさまの健康保険証	
	②来庁者の身分証明書(マイナンバーカード等)	
③保護者の「マイナンバーカード」または「住民票に記載されている事項と一致している通知カード」または「マイナンバーの記載された住民票」若しくは所得課税証明書		
※③は転入等により阿南市において所得確認ができない場合に提示していただきます。		
受給者番号	(<input type="checkbox"/> 旧番号使用)	
郵送確認欄	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 発送日 / 旧住所・新住所	() 住民センター