こども医療費助成資格認定申請書

申請日：令和　　年　　月　　日

神戸市こども医療費助成に関する条例の規定に基づき、資格の認定を申請します。
なお、資格認定については貴市が所得調査対象者の市県民税の賦課状況を調査することに異議ありません。
また、複数の医療費助成制度の資格を同一人物が同一期間に有することが条例上認められていないことから、この申請に基づく資格が認定されたときは、他の医療費助成制度の資格を同時に喪失することに同意します。

太枠内をご記入ください。

申請者（保護者）	住　所	〒　　－ 神戸市　　区		
	フリガナ		生年月日	昭和・平成・令和 年　月　日
	氏　名	印	お子様との続柄	父・母・その他（　　）
	電　話	－　　－		［自宅・父・母・その他（　　）］
		※平日の日中に連絡がつく電話番号（携帯等）をご記入ください。		

（注）この申請書は、本人又はその代理人が記入するものです。本人が署名した場合は、押印不要です。

神戸市　　区長 宛

対象となるお子様	フリガナ		生年月日	平成・令和 年　月　日
	氏　名			
	住　所	□申請者と同じ 〒　　－		
	加入医療保険	□ 別紙のとおり	お子様の健康保険証のコピーを添付してください。	
	身体障害者手帳等の有無	□ 有　→「有」の場合、・身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳の等級が確認できる部分のコピーを添付してください。 □ 無		

主たる生計維持者	□ 申請者と同じ　（申請者と同じ場合は以下記入不要）			
	フリガナ		生年月日	昭和・平成・令和 年　月　日
	氏　名		お子様との続柄	父・母・その他（　　）
	住　所	□ 申請者と同じ 〒　　－		

※お子様の健康保険証のコピーを必ず添付してください。
お子様が身体障害者手帳等をお持ちの場合、手帳等のコピーを併せて添付してください。

〔事務処理欄〕※記入不要です。

申請の事由	資格取得日	平・令　年　月　日	異動コード		受付	公開の状況 公開　部分公開　非公開
	□ 出生　□ 他市（区）町村からの転入（　　） □ 生活保護の停（廃）止　□ 医療保険加入資格の取得 □ その他（　　）					情報公開条例第10条第1号に該当 分類　17・04・05・04 保存　5年
資格審査	・　・	1 認定　2 却下（　　）				
公簿確認	住民票　所得　□同意書有　□依頼中		保険資格　異動入力　証作成		受給者番号	

決裁	課長	担当係長	係	備考欄	