

こども医療費助成資格認定申請書の書き方

- ・ボールペンでお書きください（消せるボールペンや鉛筆等は不可）
- ・ で囲っている部分を記入してください。
- ・**健康保険証のコピー**を必ず添付してください。
- ・電話番号は必ず日中に連絡がつく電話番号を記載してください。

申請を行う年月日（郵送の場合は郵送する日）を記入してください。

こども医療費助成資格認定申請書

申請日：令和 2 年 4 月 1 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。

保護者の方（父または母）の氏名・住所・生年月日・続柄を記入してください。

（例）

子が父の社会保険の扶養に入っているとき
 → その被保険者である父を記入

押印は、スタンプ印不可です。

連絡をさせていただく場合があるため、電話番号の記入を忘れないようにしてください。

申請を行う対象のお子様の氏名・生年月日・住所を記入してください。

健康保険証のコピーを必ず添付してください。

身体障害者手帳等をお持ちの場合は、そのコピーも添付してください。

住所が上記の申請者の住所と同じ場合は、「申請者と同じ」にチェック（）
 異なる場合にはその氏名・住所等をご記入ください。

申請者 (保護者)	住所	〒 652 - 8570 神戸市 中央 区 加納町 6-5-1		
	フリガナ	コウベ タロウ		
	氏名	神戸 太郎	生年月日	昭和・平成 令和 4 年 1 月 1 日
	電話	080 - 0000 - 0000	お子様との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 父・母・その他 () [自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 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 中央 区 長 宛

対象となるお子様	フリガナ	コウベ ハナ	生年月日	平成・令和 2 年 3 月 22 日
	氏名	神戸 花		
主たる生計維持者	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 ()

申請者と同じ (申請者と同じ場合は以下記入不要)

住所 〒 -

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 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

※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
資格審査	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 他市(区)町村からの転入 () <input type="checkbox"/> 生活保護の停(廃)止 <input type="checkbox"/> 医療保険加入資格の取得 <input type="checkbox"/> その他 ()			
公簿確認	住民票	所得	この欄は記載不要です	
課長	担当係長	係	給付者番号	
決裁	備考欄			

【主たる生計維持者の例】

- ・お子様が**父または母の社会保険等**（健康保険組合・全国健康保険協会・国保組合・共済組合）の被扶養者である場合
 → その被保険者である**父または母**
- ・お子様が**国民健康保険の被保険者**で、父または母により所得税法の扶養親族とされている場合
 → その**父または母**