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、受給資格認定の審査に必要な限りにおいて、調査対象者の加入医療保険の資格、地方税情報、その他の情報を調査(マイナンバー制度による情報連携によるものを含む。)することについて同意します。また、神戸市こども医療費助成に関する条例施行規則第８条に規定する更新を行う場合についても、当該調査を行うことに同意します。福祉医療費の適正な支給のために必要がある場合は、関係機関に市が照会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 |  |
| 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。

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 または 【別紙】健康保険情報 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**  無　　　 　　　　　　**等級が確認できる部分のコピーを添付してください。** | | | |
| **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 または【別紙】健康保険情報 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 | | 令和 　 年　　月 　日 | | | | 異動コード | |  | 受　付 | | 公開の状況  部分  公開  非公開  公開  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 |
| * 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 | | | | |
| * 高校生 * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 資格審査 | | ・　　・ | | | 1 認定　　2 却下（　　　　　　　　　　 ）  証  作成 | | | | | |  | |
| 公簿確認 | | 異動  入力  保険  資格  住民票  所得  □同意書有  □依頼中 | | | | | | | 受給者  番号 | | |  | |
| 決裁 | 課長 | 担当係長 | 係 | | 備考欄 | |  | | | | | | |