

第4号様式（第5条関係）

子ども医療証交付申請書 兼 同意書・委任状

葉山町長 殿

令和 年 月 日

次のとおり、子ども医療費助成に係る医療証の交付を申請します。

申請理由	出生・転入・ <u>その他</u> （年齢拡大）		理由発生日	令和 5年 10月 1日												
申請者	フリガナ			個人番号												
	氏名			電話番号	- -											
	生年月日	昭和・平成	年 月 日	配偶者の有無	有 ・ 無											
	住所	葉山町														
	今年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と別 ()		昨年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と別 ()											

配偶者	フリガナ			個人番号												
	氏名			電話番号	- -											
	生年月日	昭和・平成	年 月 日													
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と別 ()														
	今年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と別 ()		昨年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と別 ()											

対象子ども	フリガナ			生年月日	平成・令和	年 月 日
	氏名			申請者との続柄	子 ・ その他 ()	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と別 ()		監護の有無	有 ・ 無	
				生計関係	同一 ・ 維持	

公費	受給状況	生活保護の受給	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	児童福祉法に基づく措置による医療費の受給	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
		障害者医療費助成の受給	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	ひとり親家庭等医療費助成の受給	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無

私は、所得基準の判断のために、葉山町担当職員が私の個人番号又は所得を毎年度確認（マイナンバー制度による情報連携を含みます。）することに同意します。また、医療証を使用した（子ども医療費助成を受けた）時、その額の一部が高額療養費や附加給付金の対象となる場合については、その受領を葉山町とし、保険者（加入している健康保険）に対する内容照会や請求行為について、その一切を葉山町長に委任します。

署名		
申請者氏名	配偶者氏名	

事務処理欄	事務決裁欄			処 理 日		健康保険	町国保	その他		
	課長	課 員	担当	交 付		受給者番号	80			
						入 力				

申請者のマイナンバーがわかるもの【町外在住の場合のみ】

- 個人番号カードの写し（表面＋裏面）
 - 通知カードの写し（表面のみ）
 - 個人番号が記載された住民票の写し
- } いずれか1点

貼付欄

※氏名変更、住所変更などの記載がある場合は、変更箇所が分かる部分の写しをお願いします。

申請者の配偶者のマイナンバーがわかるもの【町外在住の場合のみ】

- 個人番号カードの写し（表面＋裏面）
 - 通知カードの写し（表面のみ）
 - 個人番号が記載された住民票の写し
- } いずれか1点

貼付欄

※氏名変更、住所変更などの記載がある場合は、変更箇所が分かる部分の写しをお願いします。