

# 子ども医療費受給者証交付申請書

令和 年 月 日

徳島市長 様

以下の事項に同意した上で、子ども医療費受給者証の交付を申請します。

- 受給資格、請求内容の確認のため、受給者(受給者と被保険者が異なる場合は被保険者を含む。)及びその子どもに関する所得(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。
- 子ども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、徳島市が受給者及び子どもの個人番号を法令の規定に基づいて取得・確認することに同意します。

受給者(申請者)	受給者区分	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ( )			生年月日	昭和・平成 年 月 日		
	ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	氏名	上記(1)及び(2)の記載事項に同意します。			連絡先	- -		
	現住所				今年(1~5月中の申請は前年)1/1時点の住所が上記現住所と異なる(徳島市以外)の場合のみ記入	都道府県	市区町村	

子ども	ふりがな							
	氏名							
	生年月日	平成 令和 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
	住所	(受給者の住所と異なる場合のみ記入)						

個人番号	受給者							
	子ども							
	個人番号を記入した人	本人の個人番号に相違ありません。(署名)						
	個人番号を記入した人の本人確認	番号カード	運転免許証	バスポート	在留カード	その他		

子どもの加入保険	記号							
	番号							
	保険者名							
	資格取得年月日	年 月 日						
	被保険者(受給者と異なる場合のみ記入)	ふりがな						
	氏名							
	生年月日	昭和 平成 年 月 日						
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	子どもとの続柄					
	住所	(受給者の住所と異なる場合のみ記入)						

(窓口に来た人が受給者本人と異なる場合のみ記入してください。)

来庁者	ふりがな							
	氏名							
	住所	(受給者の住所と異なる場合のみ記入)						
	受給者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 配偶者以外 ... 委任状要						
	来庁者の本人確認	番号カード	運転免許証	バスポート	在留カード	その他		

※ 以下の確認欄に○をしてください。

上記の子どもに係る児童手当の申請状況	<input type="checkbox"/> 申請済 <input type="checkbox"/> 同日申請 <input type="checkbox"/> 申請不要 (公務員・市外在住・その他)
--------------------	---

受給者番号		本人確認実施者	
-------	--	---------	--

