こども医療費受給者証交付申請書の記入例

◎**申請書の裏面**に**こどもの健康保険証の写し（コピー）**をのりで貼り付けてください。

※健康保険証の写し（コピー）の添付がない場合は、申請できませんのでご注意ください。

◎**郵送申請の場合**は、申請書の裏面に保護者の身分証明書の写し（コピー）をのりで貼り付けてください。

こども	氏名	（フリガナ）アカシ　ハルカ 明石　はるか 令和４年 ７月 ７日生	個人番号 住所　明石市 中崎１丁目５番１号
こども	氏名	（フリガナ） 年　月　日生	個人番号 住所　同上
こども	氏名	（フリガナ） 年　月　日生	個人番号 住所　同上
こども	氏名	（フリガナ） 年　月　日生	個人番号 住所　同上
保護者（父）	氏名	（フリガナ）アカシ　トキオ 明石　時男 昭和６２年 ４月 ７日生	個人番号 住所　①こどもと同じ　2.その他 2022年1月1日の住民登録地　1.明石市　2.明石市外（兵庫 都道府県　神戸 市区町村）
保護者（母）	氏名	（フリガナ）アカシ　ハルミ 明石　春海 平成２年 ６月１７日生	個人番号 住所　①こどもと同じ　2.その他 2022年1月1日の住民登録地　①明石市　2.明石市外（都道府県　市区町村）

← 2022年1月1日の住民登録地について記入してください

加入医療保険	添付の加入健康保険証の写しのとおり（裏面に添付）　**※申請するこどもの健康保険証の写しの添付が必要です。**
備考欄	☑旧住所送付希望　明石市魚住町西岡 500 番地１　〇〇方 ← 前住所に送付希望の場合は✓を入れて（）内に記入してください。

＜個人番号について＞　本申請書においては個人番号の記載がないことで不利益を受けることはありません。個人番号の記入を希望しない場合は、右の□欄にチェックを入れて、上記の個人番号欄は空白としてかまいません。　□申請者（保護者）が個人番号の記入を希望しない。

上記のとおりこども医療費受給者証の交付を申請します。

なお、この事業について明石市が兵庫県からの補助金の交付を受けるにあたり、中学校卒業年度までのこどもが申請対象の場合は必要な所得状況を調査することについて同意します。

令和４年 ８月 ７日　　申請者※

保護者氏名（父）明石　時男

保護者氏名（母）明石　春海

← 保護者（２人の場合は２人とも）が署名してください。

連絡先　☑（父）090 － 1111 － 0000

□（母）080 － 2222 － 0000

↑優先する連絡先に☑チェックをいれてください

明　石　市　長　様

※こどもが中学校を卒業し、こども本人が生計を維持している場合はこども本人が申請者になります。