

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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 区		
	加入医療保	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 無		

主たる生計維持者	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 区		

※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 公開 部分公開 非公開 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		
	<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"/> 高校生 <input type="checkbox"/> その他()						
資格審査	1 認定 2 却下()						
公簿確認	住民票	所得	<input type="checkbox"/> 同意書有 <input type="checkbox"/> 依頼中	保険資格	異動入力	証作成	受給者番号
課長	担当係長	係	備考欄				
決裁							