

子ども医療証交付申請書

令和 年 月 日

守口市長 様

住所 守口市

申請者 氏名

(保護者) 電話 () 続柄()

次のとおり、子どもの健康保険の資格情報が確認できるものを添えて子ども医療証の交付を申請します。
なお、住民基本台帳、市民税課税台帳、児童手当受給者台帳及び国民健康保険資格台帳により、必要に応じた調査を受けることに同意します。

対象者 (子ども)	フリガナ	生年月日	平成・令和	年	月	日
	氏名	個人番号				

同意書欄

以下は、小学校入学前の子の申請かつ1月1日現在(1月～6月は前年、7月～12月は本年)で、守口市に住民登録がなく、守口市以外の自治体で課税されている場合に記入してください。
小学校入学前の子がいる場合は、1月1日時点で守口市内に住民登録がある場合でも所得の申告が必要です。
子ども医療に関する事務手続に必要があるときは、私の地方税関係情報を守口市が取得することに同意します。

	父	母
生年月日	昭和・平成 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
住所(1月1日現在)		
個人番号		
フリガナ		
氏名(署名欄)		

※ 同意する者が自ら署名をおこなうこと。代理人が署名する場合、本人からの委任状をとること。

守口市処理欄

以下は、守口市で記入しますので、記入しないでください。

申請事由	発生年月日 平成・令和 年 月 日	医療証番号	受付	入力
	1 出生 2 転入 3 保険加入 4 生保廃止 5 その他()	第 号		