



小児医療証交付申請書(兼同意書)
小児医療対象者異動等届出書

Age selection boxes: 0歳, 1歳以上

年月日

(申請先・届出先・同意先)

横浜市 長

申請者(保護者)は、お子さんの生計を主に維持している方(ご両親ともに所得がある場合には所得が高い方)です。

申請者(保護者)氏名, 配偶者(同意者)氏名

次のとおり申請(届出)します。また、所得基準判断のため、保護者及び配偶者の市民税の課税内容及び児童手当の申請内容について調査することに同意します。

太線の中を記入してください。

対象小児: フリガナ, 氏名, 住所, 生年月日, 性別, 続柄, 電話

該当する申請(届出事由)の番号を○で囲むか、事由の□欄をチェックして記入してください。

資格取得: 01 市外転入, 03 出生, 05 生保廃止, 06 他制度非該当, 08 その他, 02 区間転入

資格喪失: 11 市外転出, 13 死亡, 15 生保開始, 16 他制度該当, 18 その他

受給者番号

変更: 区内転居, 氏名変更, 保護者変更等, 加入保険変更

再交付: 紛失, 汚損・破損, 未着, その他

個人番号(保護者), 個人番号(同意者)

備考欄

※処理欄: 証交付年月日, 課長係長係員, 2.未回収, 3.紛失, 4.破損, 5.未着, 19 所得超過, 20 所得不明