

多子世帯の申立書 兼 乳幼児等・こども医療費受給者証交付・更新申請書

(宛先) 姫路市長

父及び母等が3人以上の子どものを養育しており、多子世帯であることを申し立てます。また、乳幼児等・こども医療費助成制度の受給者証の交付又は更新の申請をします。受給資格認定の審査に必要な限りにおいて、対象者の加入健康保険の資格、申請者(父・母又は扶養義務者)の地方税情報その他の情報について、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。)することに同意します。

また、姫路市福祉医療費助成条例施行規則第8条第4項ただし書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。

(注意) 同意されない場合は、所得課税証明書(総所得額、扶養親族の人数、各種所得控除額及び市区町村民税所得割額の記載のあるもの)を添えて提出してください。

の太線のわく内のみ記入してください

		申請年月日		年 月 日											
		フリガナ氏名		続柄	父 ・ 母 ・ ()										
		電 話	— —												
生年月日	S H 西暦	年 月 日													
住 所	姫路市														
		フリガナ氏名													
		続柄	父 ・ 母 ・ ()												
		電 話	— —												
生年月日	S H 西暦	年 月 日													
住 所	<input type="checkbox"/> 上記に同じ														
申請者が扶養する子(全員)		加入健康保険	子全員の健康保険証の写しを添付してください。(裏面に添付)												
		新規交付に○	フリガナ氏名	生年月日	子の住所 (別居の場合のみ記載)	受給者証番号									
					No. <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
					No. <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
					No. <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
					No. <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
					No. <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
					No. <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										

※添付書類は裏面に貼り付けてください。

添付書類

のりしろ

① お子様全員の健康保険証のコピー

のりしろ

② マイナンバーの情報連携による手続を希望する場合は、
父及び母等の本人確認書類のコピーを添付

★ 顔写真あり1点又は顔写真なし2点の添付が必要です。

顔写真あり 1点	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 () ※マイナンバーカードを本人確認書類とする場合は、コピーを添付せず窓口へお越してください。
-------------	--

顔写真なし 2点	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 市からの通知書 <input type="checkbox"/> その他 ()
-------------	---

※ 以下は、事務処理欄のため、記載しないでください。

事務 処理 欄	受付	<input type="checkbox"/> 窓口（福祉医療） <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 搬送便	資格 審査	<input type="checkbox"/> 所得超過 <input type="checkbox"/> 基準内	入力
	申請理由	<input type="checkbox"/> 制度該当 <input type="checkbox"/> 所得要件該当 <input type="checkbox"/> 保険加入 <input type="checkbox"/> 母→こ <input type="checkbox"/> 障→こ <input type="checkbox"/> その他 ()	証交付	<input type="checkbox"/> 交付済 <input type="checkbox"/> 未交付者あり	
	資格有効始期	年 月 日	証交付年月日	年 月 日	バー コード
	資格有効終期	年 月 日	証送付年月日	年 月 日	
	マイナンバーカードの 提示の有無	申請者兼同意者 (有 ・ 無) 同意者 (有 ・ 無)			