

様式第1号（第7条関係）

小田原市小児医療費助成医療証交付申請書

|                                                                                                                                                                                                         |                                                        |                                                                             |                 |       |                                               |  |  |  |  |  |  |                                                        |       |             |     |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------|-----------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------------|-------|-------------|-----|---|---|
| 申請者                                                                                                                                                                                                     | フリガナ                                                   |                                                                             |                 |       |                                               |  |  |  |  |  |  | 性別                                                     | 男・女   | 配偶者の有無      | 有・無 |   |   |
|                                                                                                                                                                                                         | 氏名                                                     |                                                                             |                 |       |                                               |  |  |  |  |  |  |                                                        |       |             |     |   |   |
|                                                                                                                                                                                                         | 個人番号                                                   |                                                                             |                 |       |                                               |  |  |  |  |  |  |                                                        | 生年月日  | 昭和・平成       | 年   | 月 | 日 |
|                                                                                                                                                                                                         | 住所                                                     | 小田原市                                                                        |                 |       |                                               |  |  |  |  |  |  | 電話番号                                                   | ( )   |             |     |   |   |
|                                                                                                                                                                                                         | (前住所)                                                  | 対象となる小児の出生又は転入の年（1月から6月生まれの場合はその前年）の1月1日に小田原市以外に居住していた方は、その住所を記入してください。     |                 |       |                                               |  |  |  |  |  |  |                                                        |       |             |     |   |   |
| 配偶者                                                                                                                                                                                                     | フリガナ                                                   |                                                                             |                 |       |                                               |  |  |  |  |  |  | 生年月日                                                   | 昭和・平成 | 年           | 月   | 日 |   |
|                                                                                                                                                                                                         | 氏名                                                     |                                                                             |                 |       |                                               |  |  |  |  |  |  | この申請に当たり、配偶者である私の所得状況その他必要な情報を小田原市の公簿等により確認することに同意します。 |       |             |     |   |   |
|                                                                                                                                                                                                         | 個人番号                                                   |                                                                             |                 |       |                                               |  |  |  |  |  |  |                                                        |       |             |     |   |   |
|                                                                                                                                                                                                         | 同居・別居の別                                                | 同・別                                                                         | 別居の場合<br>その住所   | 小田原市  |                                               |  |  |  |  |  |  |                                                        |       |             |     |   |   |
| 対象となる小児                                                                                                                                                                                                 | フリガナ                                                   |                                                                             |                 |       |                                               |  |  |  |  |  |  | 性別                                                     | 男・女   | 申請者<br>との続柄 |     |   |   |
|                                                                                                                                                                                                         | 氏名                                                     |                                                                             |                 |       |                                               |  |  |  |  |  |  |                                                        |       |             |     |   |   |
|                                                                                                                                                                                                         | 個人番号                                                   |                                                                             |                 |       |                                               |  |  |  |  |  |  | 生年月日                                                   | 平成・令和 | 年           | 月   | 日 |   |
|                                                                                                                                                                                                         | 同居・別居の別                                                | 同・別                                                                         | 別居の場合<br>その住所   | 小田原市  |                                               |  |  |  |  |  |  |                                                        |       |             |     |   |   |
| 加入医療保険                                                                                                                                                                                                  | 保険の種類                                                  | 1 健康保険組合      2 全国健康保険協会      3 共済組合<br>4 国民健康保険組合      5 国保      6 その他 ( ) |                 |       |                                               |  |  |  |  |  |  |                                                        |       |             |     |   |   |
|                                                                                                                                                                                                         | 被保険者氏名                                                 |                                                                             |                 |       |                                               |  |  |  |  |  |  | 申請者との続柄                                                |       |             |     |   |   |
|                                                                                                                                                                                                         | 保険証の記号番号                                               | 記号                                                                          | 番号              | 保険者名  | 1 小田原市    2 全国健康保険協会 ( ) 支部)<br>3 健康保険組合・共済組合 |  |  |  |  |  |  |                                                        |       |             |     |   |   |
|                                                                                                                                                                                                         |                                                        |                                                                             |                 | 保険者番号 |                                               |  |  |  |  |  |  |                                                        |       |             |     |   |   |
|                                                                                                                                                                                                         | 保険者の所在地                                                |                                                                             |                 |       |                                               |  |  |  |  |  |  |                                                        |       |             |     |   |   |
| 他制度                                                                                                                                                                                                     | 生活保護の受給                                                | 有・無                                                                         | ひとり親家庭等医療費助成の受給 |       |                                               |  |  |  |  |  |  |                                                        |       |             | 有・無 |   |   |
|                                                                                                                                                                                                         | 重度障害者医療費助成の受給                                          | 有・無                                                                         |                 |       |                                               |  |  |  |  |  |  |                                                        |       |             |     |   |   |
| 理由                                                                                                                                                                                                      | 1 乳児が出生したため    2 小田原市に転入したため ( ) 年 月 日転入)<br>3 その他 ( ) |                                                                             |                 |       |                                               |  |  |  |  |  |  |                                                        |       |             |     |   |   |
| <p>上記のとおり、小児医療費助成の申請書を提出します。</p> <p>なお、医療費の助成の審査に必要な限度で、私の所得状況その他必要な情報を小田原市の公簿等により確認することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>小田原市長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏 名</p> |                                                        |                                                                             |                 |       |                                               |  |  |  |  |  |  |                                                        |       |             |     |   |   |

|       |         |                 |          |  |          |          |
|-------|---------|-----------------|----------|--|----------|----------|
| ※市記入欄 | 助成対象の可否 | 県・市・否           | 医療証受給者番号 |  | 医療証発行年月日 | 令和 年 月 日 |
|       | 医療証有効期間 | 年 月 日から 年 月 日まで |          |  |          |          |

|                 |                                             |
|-----------------|---------------------------------------------|
| 連絡事項<br>(市窓口記入) | 1 健康保険証提出依頼済    2 父・母の同意書提出依頼済<br>3 その他 ( ) |
|-----------------|---------------------------------------------|