

※申請者ご本人からの申し出（申請書下部に同意欄があります）に基づき、大阪市は「こども医療費助成」の資格認定の為に申請者の配偶者等の課税情報など公簿を閲覧しますのでご家族に十分ご説明ください。

こども医療証・食事療養標準負担額助成証明書交付申請書・異動届・資格喪失届（HP） （提出先） 大阪市長

この欄に氏名等を記載してください。この欄に氏名等による申請の場合は、保護者欄、配偶者欄を空欄とし、

太線のわく内だけ黒のボールペンで記入してください。

届出年月日 令和 年 月 日		こども本人（保護者（申請者）） による申請 氏名		届出事由（該当する番号に○を付けてください）																							
区		資 格 取 得		資 格 喪 失		変 更						異 動 年 月 日		令和 年 月 日													
2 出 生		1 年 齢 該 当		1 住 所 変 更		3 区 間 転 入		2 死 亡		2 氏 名 変 更		4 市 外 転 入		3 区 間 転 出		3 住 所 ・ 氏 名 変 更											
11 生 活 保 護 廃 止		4 市 外 転 出		4 保 護 者 変 更		13 保 護 者 変 更		11 生 活 保 護 開 始		5 保 険 変 更		18 所 得 制 限 解 除		14 保 護 者 変 更		6 取 得 日 ・ 喪 失 日 変 更											
99 そ の 他 ()		18 所 得 制 限 該 当		7 再 交 付		99 そ の 他 ()		8 そ の 他 ()		[] 喪 失 取 消 (復 活)		[] 異 動 保 留		[] 保 留 解 除													
氏 名		こどもとの続柄		生 年 月 日		保 険 該 当 日		受 給 者 番 号						再 交 付 理 由		1 破 れ た た め		3 失 っ た た め									
大 昭 平 令				大 昭 平 令		昭 平 令								2 よ ご れ た た め		4 そ の 他 ()											
年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日																					
配 偶 者				大 昭 平 令		昭 平 令																					
年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日																					
こども				平 令		平 令																					
年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日																					
こども				平 令		平 令																					
年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日																					
こども				平 令		平 令																					
年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日																					
加 入 医 療 保 険 の 状 況				この欄は食事資格ありの方のみ記載してください				食事の減額認定証**				令和 年 月 日															
保険の種類				<input type="checkbox"/> 国民健康保険(一般) <input type="checkbox"/> 国民健康保険(退職) <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 社会保険				事由 等級・程度				手帳等番号 手帳交付年月日 障がい種別															
記号				番号 被保険者名				身体 1級 2級																			
保険者番号				療養付加給付の有無				知的 重度				視 聴															
保険者名				有・無				身体 3級,4級,5級,6級				肢 内															
				知的 かつ中度																							
同 意 書																											
私が申請したこども医療証・食事療養標準負担額助成証明書交付申請書・異動届・資格喪失届に関し、資格の認定及び医療証更新等関連業務に必要な公簿を閲覧されることに同意します。(配偶者についても、必要に応じた関係公簿閲覧の承諾を得ています。)																											
令和 年 月 日												(申請者)															
住所 □ 上記に同じ												保護者氏名															
												(配偶者氏名)															
証 交 付 ・ 訂 正 ・ 回 収 状 況				審 査 結 果																							
区 分				<input type="checkbox"/> 交 付 該 当 <input type="checkbox"/> 引 替 交 付 非 該 当 <input type="checkbox"/> 訂 正 1 所 得 オ ー バ ー <input type="checkbox"/> 回 収 2 そ の 他 ()																							
令和 年 月 日				入力チェック欄				<input type="checkbox"/>																			
備 考																											
<input type="checkbox"/> 本人申請 <input type="checkbox"/> 代行申請 (<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 同一世帯家族) <input type="checkbox"/> 公簿閲覧説明済																											
確 認 欄				決 裁																							
住 基 等				所得証明				そ の 他				課 長				課 長 代 理				担 当 係 長				係 員			

(注) ・保護者…こどもを監護し生計を同じくする父又は母など(父及び母がともに監護し、生計を同じくするときは、生計を維持する程度の高い一方のもの)
 ・こども本人による申請…こども本人が独立して国民健康保険の世帯主や国民健康保険組合の組合員、それ以外の健康保険の被保険者、組合員若しくは加入者になっている場合や、婚姻している場合はこども本人を申請者として記載してください。
 ※記名押印に代えて、署名することができます。
 **入院時食事療養標準負担額助成証明書を申請される方はご加入の医療保険から交付される食事療養標準負担額減額認定証または限度額適要・標準負担額減額認定証の発行日を記載してください。