

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

(提出先) 大 阪 市 長

※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と配偶者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。

この欄に氏名等を記載してください。

届出年月日 令和 年 月 日		こども本人 による申請		(保護者（申請者） 氏名		
いまの住所（転出の場合はこれからの住所） 〒 区 丁目 番 号 方 電話（自宅） (日中連絡のつく連絡先) いままでの住所（転出の場合はいまの住所）						
フリガナ 氏 名		こども との続柄	生 年 月 日	健康保険証	保険該当日	受給者番号
保護者			大 昭 平 令 年 月 日			
配偶者			大 昭 平 令 年 月 日			
こども			平 令 年 月 日	記号 番号	平 令 年 月 日	
こども			平 令 年 月 日	記号 番号	平 令 年 月 日	
こども			平 令 年 月 日	記号 番号	平 令 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		食事の減額認定証発効日** 令 年 月 日
保険の種類	☐ 国民健康保険（一般） ☐ 国民健康保険組合 ☐ 国民健康保険（退職） ☐ 社会保険		事由	等級・程度	手帳等番号	手帳交付年月日
被保険者名			身体	1級 2級		
保険者番号			知的	重度（A）		
保険者名			身体	3級,4級,5級,6級		
			知的	かつ中度（B1）		
療養付加給付の有無						
有・無						
同 意 書 私が申請した上記届出に関し、本市が資格の認定及び医療証更新に必要な公簿を閲覧・照会す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 公簿閲覧及び照会の承諾を得ています。）また、資格がなくなつてから医療証を使用したときは、助成を受けた額を大阪市に返金することを誓約します。 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)						

届 出 事 由（該当する番号に○を付けてください）			
区分	資 格 取 得	資 格 喪 失	変 更
異 動 理 由	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
異 動 年 月 日		令 和	年 月 日
再交付理由 1 破れたため 3 失ったため 2 よごれたため 4 その他()			
証交付・訂正・回収状況		審 査 結 果	
区 分	☐ 交 付 ☐ 引 替 交 付 ☐ 訂 正 ☐ 回 収	☐ 該 当 ☐ 非該当 1 所得オーバー 2 その他()	
令和 年 月 日	入力チェック欄		☐
備 考 ☐ 本人申請 ☐ 代行申請（ ☐ 委任状 ☐ 同一世帯家族） ☐ 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

太線のわく内だけ黒のボールペンで記入してください。

(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。

**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用・標準負担額減額認定証の発効日を記載してください。

様式 こ1号