こども医療証・入院時食事代助成証明書　交付申請書・異動届・資格喪失届

大阪市は「こども医療費助成」の資格認定のために、申請者からの申し出（同意）に基づき、申請者と配偶者の課税情報など公簿を閲覧します。ご家族に十分ご説明ください。

（提出先）大阪市長

太線のわく内だけ黒のボールペンで記入してください。

申請者との関係 こどもとの続柄	フリガナ 氏	名	生年月日	住　所	（現住所または旧住所と異なる場合のみ記入） 1月1日現在の住所	（下部の同意事項①に同意のうえ記入） 個人番号
□ 申請者本人 □父　□母 □（　　）			昭　平　令 年　月　日	□こどもの住所と同じ	□ 現住所と同じ　□ 旧住所と同じ	
□ 配偶者 □父　□母 □（　　）			昭　平　令 年　月　日	□こどもの住所と同じ	□申請者と同じ □現住所と同じ　□ 旧住所と同じ	

こどもの住所　新：（住所の異動がない場合、こちらの欄に現住所を記入）〒　区　丁目　番　号

こどもの住所　旧：

連絡先　電話（自宅）

連絡先　日中の連絡先

届出年月日　令和　年　月　日

異動年月日　令和　年　月　日

届出事由（該当する届出の□にチェックを付けてください）

再交付とその理由	資格取得	資格喪失	変更
□ 破損　□汚損	□ 出生	□ 年齢該当	□ 住所変更
□ 紛失	□ 区間転入	□ 死亡	□ 氏名変更
□その他（　　）	□ 市外転入	□ 区間転出	□ 保護者変更
	□ 生活保護廃止・停止	□ 市外転出	□ 保険変更
	□ 所得制限解除	□ 生活保護開始	□ 取得日変更
	□ その他（　　）	□ その他（　　）	□ 喪失日変更
			□ その他（　　）

こども

フリガナ 氏	名	生年月日	（下記の同意事項①に同意のうえ記入） 個人番号	医療証受給者番号	加入医療保険 記号・番号 記号	番号	保険該当日
		平　令 年　月　日					平　令 年　月　日
		平　令 年　月　日					平　令 年　月　日
		平　令 年　月　日					平　令 年　月　日
		平　令 年　月　日					平　令 年　月　日

保険の種類　□ 国民健康保険　□ 社会保険　□ 国民健康保険組合

被保険者名

保険者番号　　療養付加給付　有　・　無

保険者名

同意事項

□①　大阪市が資格の認定及び医療証更新に必要な公簿（マイナンバーを利用した情報提供ネットワークシステム等を含む）の閲覧・照会を行い、当申請書に補記することに同意します。

□②　配偶者についても承諾を得ています。

□③　資格がなくなってから医療証を使用したときは、助成額を大阪市に返金することを誓約します。

（注）
- 申請者は、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者）。
- 重度の障がいがある市民税非課税世帯のこどもで入院時食事代助成証明書を申請される方は窓口へお問い合わせください。
- こども本人が独立し、加入医療保険の被保険者や組合員もしくは国民健康保険の世帯主になっている場合や婚姻している場合などは、こども本人を申請者として記載してください。

区役所記入欄

保険資格情報の確認　□ マイナ保険証 〔□ マイナンバー情報連携　□ マイナポータル　資格情報画面 / □ 資格情報のお知らせ〕　□ 資格確認書　□ 限度額適用・標準負担額減額認定証

本人確認書類等		証交付・訂正・回収状況	審査結果						決裁				確認		
□個人番号カード □ 運転免許証 □ 旅券 □ その他 （　　）	□ 本人（申請者）申請 □ こども本人による申請 □ 代行申請 （□ 委任状 □ 同一世帯家族）	□ 交付 [ ] 喪失取消 □ 引替交付 [ ] 異動保留 □ 訂正 [ ] 保留解除 □ 回収	□ 該当 □ 非該当	所得年度　年					課長	課長代理	担当係長	係員	住基等	所得	その他
			令和	年	月	日	入力	□							

［備考］