



小児医療証交付申請書(兼同意書)
小児医療対象者異動等届出書

Age selection boxes: 0歳, 1歳以上

年月日

(申請先・届出先・同意先)

横浜市 長

申請者(保護者)は、お子さんの生計を主に維持している方(ご両親ともに所得がある場合には所得が高い方)です。

申請者(保護者)氏名

戸塚 一郎

配偶者(同意者)氏名

戸塚 花子

次のとおり申請(届出)します。また、所得基準判断のため、保護者及び配偶者の市民税の課税内容及び児童手当の申請内容について調査することに同意します。

太線の中を記入してください。

Main applicant information table including name (戸塚 太郎), address (横浜市戸塚区戸塚町16-17), birth date (令和元年5月1日), sex (男), and phone number (090-0000-0000).

該当する申請届出事由の番号を○で囲むか、事由の□欄をチェックして記入してください。

Table for qualification acquisition (資格取得) with rows for 01 (municipal transfer), 03 (birth), 05 (insurance termination), 06 (other), 08 (other), and 02 (district transfer).

Table for qualification loss (資格喪失) with rows for 11 (municipal transfer), 13 (death), 15 (insurance start), 16 (other), and 18 (other).

Red box instruction: 該当箇所に「✓」をして、変更となった内容をご記入ください。

Table for recipient number (受給者番号)

Table for change information (変更) with rows for 401 (district transfer), 402 (guardian change), and checked 加入保険変更 (insurance change) with details for 戸塚 一郎.

Table for re-submission (再交付) with rows for 501 (lost, damaged, missing, other).

Table for individual numbers (個人番号) and a note (備考欄).

Bottom section for processing (※処理欄) including dates, staff, and confirmation steps.