様式第1号（第3条、第6条関係）

乳幼児 子ども 医療費受給資格証交付（更新）申請書

記入例

子　ど　も お子様	フリガナ 氏 名 （ 男 ・ 女 ） 生年月日　年　月　日	個 人 番 号 住 所 生駒市 12桁のマイナンバーを記入してください
子どもを主として養育している者	フリガナ 氏 名 （ 男 ・ 女 ） 生年月日　年　月　日 受給者との続柄： 父・母・その他（　）	個 人 番 号 住 所 □ 同上
加 入 医 療 保 険	お子様の健康保険上の扶養義務者（国保加入者は主たる養育者である父又は母）	
記入不要です 交 付 申 請 理 由	1. 出生したため 2. 小学校に入学したため 3. 転入してきたため 4. 保険に新たに加入したため 5. その他（　） （交付事由発生年月日）　令和　年　月　日	

上記のとおり、乳幼児 子ども 医療費受給資格証の交付を申請するとともに、以下のことに同意します。

・市長が保険資格情報等について公募等により確認すること。
・高額療養費の支給を受けることができる場合、医療機関等が診療報酬明細書の写し、保険資格情報その他所得区分の確認に必要な情報を市長に提出すること。

令和　年　月　日

住 所

申 請 者　氏 名

生駒市長　殿

お子様の健康保険上の扶養義務者（国保加入者は主たる養育者である父又は母）

電　話　：　－　－

連絡先　：　－　－

申請者との続柄：配偶者・その他（　）

市役所処理欄	入力	確認	発行
	／	／	／

本人個人番号の確認	1.個人番号カード　2.通知カード　3.その他（　）
本人又は代理人の身元（実存）の確認	1.個人番号カード　2.通知カード　3.免許証　4.その他（　）