第１号様式

乳

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

□ 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 ㊞	配偶者（同意者）氏名 ㊞

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。

対象小児	フリガナ		生年月日	年　月　日	性別	男・女
	氏名				続柄	子・その他 [　]
	住所		電話	(　)		

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。

資格取得	年　月　日	メニュー
01	市外転入（転入前の住所）	101
03	出生(0歳)・制度該当(1歳以上)	
05	生保廃止	06 他制度非該当
08	その他（　）	
02	区間転入 (区から)	301
転出区受給者番号		
対象小児の加入保険情報（資格取得申請の時は必ず記入）		
保険者番号		
保険加入年月日	年　月　日	
被保険者本人氏名		

資格喪失	年　月　日	メニュー
11	市外転出(転出先の住所)	102
13	死亡	
15	生保開始	16 他制度該当
18	その他(　)	

受給者番号							

変更	年　月　日	メニュー
□	区内転居(今までの住所)	401
□	氏名変更(今までの氏名)	
□	保護者変更等	402
これからの保護者氏名		
今までの保護者氏名		
□	加入保険変更（これからの加入保険情報）	
保険者番号		
保険加入年月日	年　月　日	
被保険者本人氏名		

再交付	年　月　日	メニュー
□ 紛失	□ 汚損・破損 □ 未着 □ その他	501

個人番号（保護者）	
個人番号（同意者）	
【備考欄】	

※処理欄	証交付年月日	年　月　日	証回収年月日	年　月　日	2.未回収 3.紛失 4.破損 5.未着	区受付

課長	係長	係員	上記に基づき処理します。	不交付通知	喪失通知	住記	保険	確認
			起案　年　月　日					
			決裁　年　月　日					

19	所得超過（1歳以上のみ）	20	所得不明（1歳以上のみ）	入力	年　月　日	確認	年　月　日