



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

(申請先・届出先・同意先)

横浜市 長

年 月 日

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 配偶者等（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、保護者及び配偶者等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。

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

太線の中を記入してください。

資格取得 年月日 受給者番号 変更 年月日 資格喪失 年月日 再交付 年月日

該当する申請（届出）事由の番号を○で囲むか、事由の欄を手チェックして記入してください。

※ 証交付年月日 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 区 受 付 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