



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 form including name (戸塚 太郎), birth date (令和元年 5月 1日), sex (男), and address (横浜市戸塚区戸塚町16-17).

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 acquisition of qualifications (資格取得) with rows for 01 (municipal transfer), 03 (birth), 05 (insurance cessation), 06 (other), 08 (other), and 02 (inter-district transfer).

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

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

Form for recipient number (受給者番号)

Form for change details (変更) with a red border, including checkboxes for address change, name change, guardian change, and insurance change (checked).

Form for re-submission (再交付) with checkboxes for loss, damage, non-receipt, and other.

Form for individual numbers (個人番号) for guardian and consentor.

備考欄 (Remarks section)

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