

小児医療証交付申請書

(宛先) 鎌倉市長					年 月 日		
次のとおり小児医療証の交付を申請します。 なお、小児医療証の交付に関して必要な、市で保管する養育者の所得の状況に係る情報について、市長が利用することに同意します。							
申請者 (小児の養育者)	ふりがな				小児との続柄		
	氏名						
	個人番号		生年月日		年 月 日		
	住所				電話 ( )		
	配偶者の有無 ( 有 ・ 無 ) ※有の場合、氏名・個人番号等をご記入下さい。						
	氏名		個人番号				
	住所		生年月日		年 月 日		
	申請の期間		鎌倉市小児の医療費の助成に関する条例第3条に定める対象者である期間				
小児	ふりがな						
	氏名						
	住所(申請者と異なる場合のみ記入)		鎌倉市		生年月日 年 月 日		
小健康加入の保険	保険者番号						
	保険者名称						
	記号		番号				
	被保険者等氏名						
申請の理由		<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入( 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他					
次のとおり決定してよいでしょうか。(伺い)							
課長	担当係長	担当	入力	起案	. .		
				決裁	. .		
決定区分	<input type="checkbox"/> 交付します <input type="checkbox"/> 交付しません 理由 ( )			交付	. .		

健康保険情報が分かるものを添付してください。詳細は、裏面【添付資料について】を御確認ください。

※転入等でマイナンバーを用いて所得・課税情報を照会する場合は、右の「マイナンバーの利用に関する同意書」もご記入をお願いいたします。  
※ご案内がございますので、裏面もご覧ください。

マイナンバーの利用に関する同意書

年 月 日

(宛先) 鎌倉市長

下記の者は、鎌倉市長が小児医療証交付の審査に当たり、鎌倉市小児の医療費の助成に関する条例第6条第2項の規定による事務を処理するため、地方税関係情報について取得することに同意します。  
なお、本書の複写は無効であり、上記事務の処理に限って同意することを申し添えます。

同意者①		同意者②	
ふりがな		ふりがな	
氏名		氏名	
生年月日 年 月 日		生年月日 年 月 日	
基準日（1月1日）時点の住所登録地 下の該当する番号を○で囲んで下さい (2 他市区町村の場合は ( ) 内に市区町村名をご記入下さい)			
本年	1 鎌倉市	本年	1 鎌倉市
	2 他市区町村 ( )		2 他市区町村 ( )
	3 海外		3 海外
	4 その他		4 その他
前年	1 鎌倉市	前年	1 鎌倉市
	2 他市区町村 ( )		2 他市区町村 ( )
	3 海外		3 海外
	4 その他		4 その他
前々年	1 鎌倉市	前々年	1 鎌倉市
	2 他市区町村 ( )		2 他市区町村 ( )
	3 海外		3 海外
	4 その他		4 その他

(注)

- 1 同意する者が自ら署名を行ってください。
- 2 代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状等の代理権を証する書類を添付してください。
- 3 記載する欄が足りない場合は、欄外に記載してください。

# 記載例

## 証交付申請書

年 月 日

次のとおり小児医療証の交付を申請します。  
 なお、小児医療証の交付に関して必要な、市で保管する養育者の所得の状況に係る情報について、市長が利用することに同意します。

申請者 (小児の養育者)	ふりがな	かまくら たろう		小児との続柄	父
	氏名	鎌倉 太郎			
	個人番号	1234 5678 △△△△	連絡のつく電話番号をご記入ください。		
	住所	鎌倉市 18-10 電話 090 (1234) 5678			
	配偶者の有無	個人番号欄には12桁のマイナンバーをご記入ください。			
	氏名	鎌倉	65 × × × ×		
	住所	同上	生年月日	1988年 8月 6日	
	申請の期間	鎌倉市小児の医療費の助成に関する条例第3条に定める対象者である期間			
小児	ふりがな	かまくら じろう			
	氏名	鎌倉 次郎			
	住所(申請者と異なる場合のみ記入)	鎌倉市	生年月日	2020年 2月 6日	
小児健康加入保険	保険者番号	1111111			
	保険者名称	〇〇健康保険組合			
	記号	001	番号	9999	
	被保険者等氏名	鎌倉 太郎			
申請の理由 <input checked="" type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入( 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他					
次のとおり決定してよいでしょうか。(伺い)					
課長	担当係長	担当	入力	起案	・ ・
				決裁	・ ・
決定区分	<input type="checkbox"/> 交付します <input type="checkbox"/> 交付しません 理由( )			交付	・ ・

## 小児医療証交付申請について

鎌倉市では、小学校入学前のお子様全員と、小学校1年生～高校3年生のお子様に健康保険の適用を受ける入院、通院にかかる医療費を助成しています。この制度は、市が交付する「小児医療証」を健康保険資格確認書等と併せて医療機関に提示することで保険診療の自己負担分が無料になるものです。詳しくは「鎌倉市小児医療費助成制度の手引き」をご覧ください。

### 【所得の確認について】

鎌倉市では、令和4年4月1日から、養育者等の所得制限を廃止しました。ただし、神奈川県への補助金申請のため、引き続き養育者等の所得確認を行っています。養育者の方が鎌倉市に転入された場合又は鎌倉市外にお住まいの場合は、マイナンバー(個人番号)を確認させていただくことで、他市町村での所得情報を照会し、判定をいたします。裏面の「マイナンバーの利用に関する同意書」にご記入ください。

### 【添付資料について】

健康保険の情報が分かるものを紙で添付してください。

- 転入の場合  
 お子様の資格確認書や、マイナ保険証の方は記号・番号等が分かるページを印刷したもの
- 出生の場合  
 出生で発行手続き中の場合は、扶養に入れる方の資格確認書等、マイナ保険証の方は記号・番号等が分かるページを印刷したもの

### 【手続き・問い合わせ】

〒248-8686 鎌倉市こどもみらい課 給付担当  
 電話 0467-61-3896 (直通)