

子が未成年の場合

(あて先) 横須賀市長

受付印

本申請及び神奈川県補助事業の審査等にあたり、必要な個人情報を調査することを承認します。証交付後は保険者と給付調整を行うこと及び加入している健康保険に関する情報を本市が収集し、保険者へ提供することについて同意します。

太わくの中をお書きください

提出日	令和 5 年 10 月 4 日	理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input checked="" type="checkbox"/> 転入(他市などから) <input type="checkbox"/> 転入(国外から) <input type="checkbox"/> その他			
申請者 助成対象者が 未成年の場合： ：父・母	フリガナ ヨスカ チチロウ 氏名 横須賀 父朗	続柄 (父)	現住所	横須賀市 小川町11		
	生年月日 昭 平 60 年 1 月 12 日	該当する方 米軍人 米軍属	1月1日現在住所	<input checked="" type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 海外 <input type="checkbox"/> 市外 _____ 都道府県 _____ 市区町村		
	TEL 090 - 1234 - 1234		前年	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 海外 <input checked="" type="checkbox"/> 市外 神奈川 都道府県 横浜 市区町村		
	個人番号					
申請者 助成対象者(3人まで書けます)	フリガナ ヨスカ ハハコ 氏名 横須賀 母子	続柄 (母)	現住所	■ 同上		
	生年月日 昭 平 62 年 2 月 15 日	該当する方 米軍人 米軍属	1月1日現在住所	<input checked="" type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 海外 <input type="checkbox"/> 市外 _____ 都道府県 _____ 市区町村		
	TEL 090 - 4321 - 4321		前年	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 海外 <input checked="" type="checkbox"/> 市外 神奈川 都道府県 横浜 市区町村		
	個人番号					
助成対象者(3人まで書けます)	フリガナ ヨスカ コタロウ 氏名 横須賀 子太郎	お子さんの健康保険		受給者番号		
	生年月日 平 令 25 年 4 月 4 日	保険者名称	<input type="checkbox"/> 下欄に記入する <input checked="" type="checkbox"/> 保険証コピーを添付する		住民日	
	お子さんの住所 申請者と 同じ ・ 異なる	保険者番号 記号 _____ 番号 _____	被保険者	父 ・ 母 ・ その他 (_____)		<input type="checkbox"/> 誕生日と同じ 令和 年 月 日
	備考	異なるとき、記入してください 横須賀市				
助成対象者(3人まで書けます)	フリガナ ヨスカ コジロウ 氏名 横須賀 子次郎	お子さんの健康保険		受給者番号		
	生年月日 平 令 30 年 5 月 5 日	保険者名称	<input type="checkbox"/> 下欄に記入する <input checked="" type="checkbox"/> 保険証コピーを添付する		住民日	
	お子さんの住所 申請者と 同じ ・ 異なる	保険者番号 記号 _____ 番号 _____	被保険者	父 ・ 母 ・ その他 (_____)		<input type="checkbox"/> 誕生日と同じ 令和 年 月 日
	備考	異なるとき、記入してください 横須賀市				
<p>申請時点で未成年の場合、申請者は親になります。</p>						
平・令 年 月 日	記号 _____ 番号 _____	被保険者		父 ・ 母 ・ その他 (_____)		
<p>申請者と 同じ ・ 異なる</p>						
異なるとき、記入してください 横須賀市						

事務処理欄

* 窓口で不足案内をしたもの
 ・健康保険証 _____ ・その他 (_____)
 ・パスポートの提示 父 ・ 母 ・ その他 (_____)
 ・戸籍の附票 父 ・ 母 ・ その他 (_____)

受付者

2023.10 ver.

子が成人の場合

(あて先) 横須賀市長

受付印

本申請及び神奈川県補助事業の審査等に当たり、必要な個人情報を調査することを承認します。証文付後は保険者と給付調整を行うこと及び加入している健康保険に関する情報を本市が収集し、保険者へ提供することについて同意します。

太わくの中をお書きください

Main application form with sections for applicant, child, and other dependents. Includes fields for name, date of birth, residence, and insurance details.

申請時点で成人の場合、申請者は本人になります。

Table with 2 columns: 事務処理欄 (Administrative processing column) and * 窓口で不足案内をしたもの (Items with missing information at the counter). Rows list items like health insurance certificates and passport prompts.

受付者 (Receiver) box