

各 位

帯 広 市 長 米 沢 則 寿  
(市民福祉部こども福祉室こども課)

### 乳幼児等医療費助成制度の拡大に伴う手続きについて(案内)

日頃より、市政へのご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。

このたび帯広市では、令和6年4月1日からの乳幼児等医療費助成制度の拡大を予定しております。拡大にあたり新たに助成対象となるお子さまについては、申請手続き及び受給者証の交付が必要となります。

つきましては、新たに対象になると見込まれる方に対して、本案内を送付しております。本案内及び同封文書をご確認の上、下記必要書類を帯広市こども課までご提出ください。

なお、本案内の送付は、対象抽出作業時点でのお子さまの住民登録情報等をもとに行っており、下記対象児童に当てはまらない場合、又は入れ違いで申請済みの場合にはご了承ください。

#### 記

- 1 対象児童** **帯広市に住民登録のある令和6年4月1日以降に中学生以下の児童**
  - ※ 平成 21 年4月2日以降生まれのお子さまが対象となります。
  - ※ これまでの保護者の所得制限は撤廃されます。
  - ※ 児童福祉法等の規定による施設等入所児童や里親委託されている児童、他医療費助成(ひとり親家庭等・重度心身障害者医療費助成)、生活保護の対象児童は対象外となります。
- 2 必要書類**
  - (1) **受給資格者申請書** (同封) ※裏面の記載例を参考に記入ください。
  - (2) **対象児童全員分の健康保険証の写し** (表面(記号・番号の記載面)のみで可)
- 3 申請先** **帯広市市民福祉部こども課手当医療給付係(市役所本庁舎3階)**
  - ※ 同封の返信封筒にて郵送、又は上記窓口までご提出ください。
- 4 申請期限** **令和6年1月 26 日(金)**
  - ※ 受給者証の発送は、令和6年3月下旬を予定しています。
  - ※ 上記期限を過ぎた場合でも申請の受付は可能ですが、受給者証の発送が助成開始日の令和6年4月1日以降となる場合があります。
- 5 その他**
  - (1) ご提出いただいた申請書の記載内容等について、電話による確認や公簿に基づく補正等をさせていただく場合があります。
  - (2) 世帯の状況により、「2 必要書類」の他に追加書類が必要となる場合があります。対象の方には別途ご案内をさせていただきます。
  - (3) 以前(出生や転入の際)に一度申請をされている方で、保護者の所得制限により、令和6年3月 31 日までの資格が停止中のお子さま分の申請は不要です。(3月下旬に4月以降有効の受給者証をお送りします。)
  - (4) 令和5年度所得が未申告の方は、受給者証の交付にあたっては申告が必要となります。

(裏面あり)

080-0000  
帯広市西五条南7丁目1番地

記載例

内について、  
確認・記入ください。

帯広 一郎様の保護者様

「①保護者」は、対象児童との同居・別居、市内在住であるかに関わらず、  
児童の保護者（父母）のうち、児童の生計を維持している程度の高い方  
（令和5年度所得の高い方）となります。

※離婚前提等により、児童が父又は母の一方と別居（住民票別）していて、  
かつ生計が別の場合には、「①保護者」は児童と同居している母又は父となり、  
「②①の配偶者」は「無」に丸をしてください。

申請書の記入日

令和 6年 1月 5日

私及び私の世帯員は、所得・課税状況及び保険加入状況並びに他制度による医療助成状況等の確認に同意し、関係書類を添えて（申請・届出）いたします。

① （児童の主たる生計維持者） 保護者	フリガナ オビヒロ タロウ	② フリガナ オビヒロ ハナコ
	氏名 帯広 太郎	氏名 帯広 花子
	住所 札幌市中央区北1条西2丁目	住所 <input type="checkbox"/> 保護者と同一 帯広市西五条南7丁目1番地
	生年月日 昭和 61年 6月 1日 平成 電話 090-1111-0000	生年月日 昭和 62年 6月 2日 平成 電話 090-2222-0000
個人番号	保護者IC ※	個人番号
		配偶者IC ※

③ 対象児童	フリガナ オビヒロ イチロウ	生年月日 H21.4.2	住所 <input type="checkbox"/> 【保護者・配偶者】と同一 帯広市西五条南7丁目1番地
	氏名 帯広 一郎	個人番号	印字済みの対象児童情報については、お間違いのないか確認の上、 誤りがある場合には二重線にて訂正してください。
	フリガナ オビヒロ ジロウ	生年月日 H22.4.2	住所 帯広市西五条南7丁目1番地
児童	フリガナ オビヒロ ハナエ	生年月日 R5.12.2	住所 <input checked="" type="checkbox"/> 【保護者（配偶者）】と同一
	氏名 帯広 花恵	個人番号	受給者IC
	フリガナ	生年月日	住所 印字されていない対象児童がいる場合には、 ご記入ください。
	氏名	生年月日	住所
	個人番号	受給者IC	受給者番号 ※

※：市記入欄

④ 医療保険の加入状況	被保険者世帯主名	<input checked="" type="checkbox"/> 【保護者（配偶者）】と同一
	保険者証記号・番号	<input checked="" type="checkbox"/> 別添参照 対象児童全員分の健康保険証の写し（表面のみで可） をあわせて提出ください。
	保険団体名	<input checked="" type="checkbox"/> 別添参照

届出事由 新規（事） 記入不要  
出生・転入・その他（変更・訂正）

《お問い合わせ先》

〒080-8670 帯広市西五条南7丁目1番地  
帯広市 市民福祉部 子ども福祉室 子ども課 手当医療給付係  
☎ 0155-65-4160 平日 8:45~17:30 (12/29~1/3 は閉庁)

制度拡大に関する情報は、  
市 HP にも掲載していま  
す。右の二次元コード又  
は市 HP にて 1015204  
と検索ください。

