

帯こども第 1253 号
令和8年 10 月 8 日

各 位

帯 広 市 長 上 野 庸 介
(市民福祉部こども福祉室こども課)

子ども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9年4月1日から子ども医療費助成制度の拡大(対象年齢を高校生年代まで延長)を予定しております。拡大により、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、お手続きが必要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、下記の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、下記の対象児童に当てはまらない場合は、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9年4月1日時点で高校生年代の児童**
 - ※ 平成 21 年4月2日～平成 24 年4月1日生まれのお子さまが対象となります。
 - ※ 高校に就学していないお子さまも助成の対象となります。
 - ※ 保護者の所得制限はありません。
 - ※ 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ご記入ください。
(2) **お子さまが加入している健康保険情報の確認書類の写し**
(資格確認書、資格情報のお知らせ 等)
※ マイナンバー照会に同意いただける方は、添付不要です。
- 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8年 11 月 20 日(金)**
※ 受給者証の発送は、**令和9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9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いたします。
(3) 令和8年度所得(令和 7 年 1～12 月)が未申告の方は、受給者証の交付にあたり、申告が必要となります。

(裏面あり)

記載例

内について、
確認・記入ください。

「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 8 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。

届出書の記入日

令和 8 年 10 月 20 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 ①の配偶者 有・無	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	帯広市西 5 条南 7 丁目 1 番地		
	生年月日	昭和 56 年 5 月 1 日	電話	090 - 1111 - 0000	生年月日	昭和 58 年 7 月 1 日	電話
	個人番号				個人番号		
		保護者] C *				配偶者] C *	

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	帯広市西 5 条南 7 丁目 1 番地
	氏名	帯広 一郎					
	個人番号						
	フリガナ	オビヒロ ジロウ					
	氏名	帯広 次郎					
	個人番号						
	受給者] C	00098047624		受給者番号 *			
	フリガナ	オビヒロ ハナエ		生年月日	H23. 7. 1	住所	帯広市西 5 条南 7 丁目 1 番地
	氏名	帯広 花恵					
	個人番号						
	受給者] C			受給者番号 *			
	フリガナ			生年月日		住所	
	氏名						
	個人番号						
	受給者] C			受給者番号 *			

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、誤りがある場合は二重線にて訂正してください。

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。
※対象児童（高校生年代）以外のお子さまの記入は不要です。

④ 医療保険の加入状況	被保険者世帯主名	✓ ☒ 保護者	配偶者
	記号・番号	✓ 別添参照	
	保険団体名	✓ 別添参照	

対象児童全員分の健康保険情報の確認書類の写し（資格確認書、資格情報のお知らせ 等）をあわせて提出ください。

※マイナンバー照会に同意いただける方は、添付不要です。

届出 記入不要

《お問い合わせ先》

〒080-8670 帯広市西 5 条南 7 丁目 1 番地
帯広市 市民福祉部 こども福祉室 こども課 手当医療給付係
☎ 0155-65-4160 平日 8 : 45 ~ 17 : 30

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 1024802 と検索ください。

