Ejemplo de llenado (español) 記入例（スペイン語）

様式第1号(その1)(第3条関係)　9999

R6.4 制度拡大用

子ども医療費受給者証交付申請書（新規）

豊田市長様　豊田市医療費助成条例第９条第１項の規定により、医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

受給者証番号 3 1 2

Solicitante

Fecha de llenado	令和 6 年 0 4 月 0 7 日
Domicilio	豊田市西町３丁目６０
Domicilio actual: Si el domicilio impreso arriba no es el actual, por favor, escriba aquí el nuevo domicilio.	
Nombre	GARCÍA CARLOS
Teléfono	0 7 0 1 2 3 4 5 6 7 8

※ハイフンは不要ですので続けてご記入ください。

子ども医療費、心身障がい者医療費、母子・父子家庭医療費及び精神障がい者医療費の助成の資格認定に必要な身体障がい者手帳、療育手帳、精神障がい者保健福祉手帳又は自立支援医療受給者証の認定状況並びに所得情報及び健康保険の加入状況の公簿の閲覧に関し、同意します。
医療費の自己負担金額(豊田市が負担した金額)が高額療養費に該当する場合は、高額療養費受領の権限を豊田市長へ委任します。

Hijo/a

N.º de Notificación	99999999	Fecha de nacimiento	平成 19 年 1 月 1 日
Furigana	ガルシア　カルロス		
Nombre	GARCÍA CARLOS		

Seguro de Salud al que está afiliado

Aseguradora	ABC 健康保険組合	N.º de Asegura	99999999
Asegurado	ガルシア　フアン		
Código/Número	１２３４－５６７８		

※Los datos indicados arriba son aquellos que estaban registrados en la Tarjeta anterior.
↑¿Hay cambio del Seguro de Salud? ☐No/なし ☑Sí/あり (llene los campos de abajo y anexe copia de la nueva Tarjeta del Seguro)
☐Sin información/保険情報なし (si esta opción está marcada por la Municipalidad, llene los campos de abajo y anexe copia de la Tarjeta del Seguro)

N.º de Asegurado	0 1 2 3 4 5 6 7
Aseguradora	全国健康保険協会　愛知支部
Asegurado (Titular)	GARCÍA MARÍA

Llene a partir de la izquierda. Utilice un espacio para cada letra, dejando un espacio entre los nombres y apellidos.

Código/Número	9 9 9 9 9 9 9 9 – 9 9 9 9

Escriba primero el "Código 記号" y luego "el Número 番号" (algunos seguros tienen sólo uno de estos dos datos).
No es necesario escribir el "枝番".

Nombre del Responsable para ser impreso en la Tarjeta

Responsable	ガルシア　フアン

※El nombre impreso aquí es del Jefe de Familia.
¿Desea cambiar el nombre del Responsable para ser impreso en la Tarjeta del Subsidio Médico para Menores? ☐No/このままでよい ☑Sí/変更したい (Llene los siguientes campos. Sólo se acepta un responsable que reside en Toyota)
☐No hay ningún Responsable que reside en Toyota. 豊田市内に保護者が誰もいない

Responsable	GARCÍA MARÍA
Furigana	ガルシア　マリア

Llene a partir de la izquierda. Utilice un espacio para cada letra, dejando un espacio entre los nombres y apellidos.

Fecha de nacimiento	西暦 1 9 8 5 年 0 1 月 0 1 日

Datos del solicitante

Escriba el domicilio actual sólo si hay algún cambio en el domicilio impreso.

Escriba el nombre de solicitante (hijo/a o el responsable) y el número de teléfono de contacto.

Datos del Seguro de Salud al que está afiliado

Revise los datos impresos del Seguro de Salud.
Si NO hay cambio del Seguro, marque ☐**No. /なし.**
Si hay cambio del Seguro, marque ☐**Sí. /あり.**
En caso de que la Municipalidad no tenga la información del seguro del solicitante, la opción "☐**Sin información/保険情報なし**" estará marcada.

En caso de "☐ **Sí. /あり.**" o "☐**Sin información/保険情報なし**" (marcada por la Municipalidad), llene estos campos y anexe copia de la nueva Tarjeta del Seguro.

※La solicitud no será aceptada si no se adjunta la copia de la Tarjeta de Seguro de Salud.

Datos del responsable para ser impreso en la Tarjeta del Subsidio Médico para Menores

El nombre del jefe de familia aparecerá en la Tarjeta como "Responsable".
Conteste a la pregunta "¿Desea cambiar el nombre del Responsable para ser impreso en la Tarjeta? ", marcando una opción entre "**Sí/変更したい**" y "**No/このままでよい**".
Si los responsbles no residen en Toyota, marque "☐**豊田市内に保護者が誰もいない.**"

En caso de "**Sí/変更したい (deseo cambiar)**", llene estos campos.
Se acepta sólo un responsable que resida en Toyota.

Por favor, antes de presentar este formulario, asegúrese de que todos los datos escritos sean correctos. Si hay algún error o falta de información, la emisión de la Tarjeta se retrasará.

Puntos a tener en cuenta al llenar:

・El formulario será leído por un escáner, por lo que por favor, llene de forma legible utilizando un espacio para cada letra, tanto en alfabeto como en Katakana.

・Cómo llenar el campo del Código/Número del Seguro de Salud
(ejemplo 1) 記号 １２A－３４５　番号 ６７８　枝番 ０３
Escriba →**１２A－３４５－６７８** ※No es necesario escribir el "枝番(03)".
(ejemplo 2) 記号 (está en blanco)　番号 １２３－４５６７
Escriba →**１２３－４５６７**

・El nombre del responsable será impreso en esta parte de la Tarjeta del Subsidio Médico para Menores.

《Versión en español de esta información》
Acceda a la página web de la Municipalidad de Toyota
a través del código QR. →→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→