

記入例（同居の場合）

負担者番号						市受付印
受給者番号						

生計中心者(所得の高い者)、
児童手当の受給者と一致。

乳幼児・義務教育就学児医療 費助成交付申請書兼現況届

① 申 請 者	フリガナ	タチカワ タロウ	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有・無			
	氏名	立川 太郎	性別	男	児童との続柄	<input checked="" type="radio"/> 父・母・()			
	個人番号	99999999999999	勤務先名	会社員	電話番号	999 (9999) 9999			
	住所	〒999-9999 立川市〇〇町〇〇番〇〇号		自宅電話	()				
	本年1月1日 時点の住所	(上記と異なる場合に記入して下さい) 県市町番号		携帯電話	999 (9999) 9999				
	昨年1月1日 時点の住所	(上記と異なる場合に記入して下さい) 県市町番号		同意書に記入の場合は省略可。					
② 配 偶 者 の 状 況	フリガナ	タチカワ ハナコ	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	職業	<input checked="" type="radio"/> 1 公務員 <input type="radio"/> 2 公務員以外 <input type="radio"/> 3 なし			
	氏名	立川 花子	勤務先名	()					
	個人番号	99999999999999	住所	申請者と <input checked="" type="radio"/> 同居・別居 ※別居の場合のみ記入					
	住所	(上記と異なる場合に記入して下さい) 県市町番号		電話番号	()				
	本年1月1日 時点の住所	(上記と異なる場合に記入して下さい) 県市町番号		同意書に記入の場合は省略可。					
	昨年1月1日 時点の住所	(上記と異なる場合に記入して下さい) 県市町番号							
③ 児 童 の 状 況	フリガナ	タチカワ イチロウ	記載不要です						
	氏名	立川 一郎							
	個人番号								
	住所	申請者と <input checked="" type="radio"/> 同居・別居 ※別居の場合のみ記入							
	続柄	生年月日					性別	監護の有無	生計関係
	子	〇〇年〇〇月〇〇日					男	<input checked="" type="radio"/> 有・無	<input checked="" type="radio"/> 同一・維持
⑤該当する場合○ を付けてください		1 生活保護を受給している。 2 心身障害者(児)医療証の交付を受けている。 3 ひとり親家庭等医療証の交付を受けている。 4 児童が児童福祉施設(母子生活支援施設・通所施設を除く。)等に入所している。							
上記のとおり、立川市子ども医療費助成制度の医療証の交付を申請します。 なお、医療証の交付・更新をするにあたり、所得状況等を立川市が保有する公簿で確認することに同意し、申込事項に変更が生じた場合は速やかに届出を行います。また、立川市子ども家庭部子育て推進課長を代理人と定め、医療費助成の請求に関する件、及び同伴について必要がある場合の復代理人選任に関する権限を委任します。									
立川市長 殿		〇〇年〇〇月〇〇日		申請者氏名		立川 太郎			

※保険の変更がある場合は、保険証のコピー（児童のもの）を添付してください。
 ※口座に変更がある場合は、振込金融機関部分を訂正してください（医療証の保護者名義人に限ります。）。

市 記 入 欄	不足書類	申請事由	現況	取得日	
	<input type="checkbox"/> 健康保険証(本人・子)	<input type="checkbox"/> 出生(第 子: 税扶養(父・母))	転入者	交付日	
	<input type="checkbox"/> 所得証明(年度)	<input type="checkbox"/> 転入(. . / より転入)	未申告者	受付者	
	<input type="checkbox"/> 監護事実の同意書	<input type="checkbox"/> その他(離婚・婚姻・その他)			
	<input type="checkbox"/> 子の属する世帯住民票	<input type="checkbox"/> 所得証明書の原本は児童手当に添付			
	<input type="checkbox"/> その他				