

負担者番号							市受付印
受給者番号							

乳幼児、義務教育就学児及び高校生等
医療費助成交付申請書兼現況届

① 申 請 者	フリガナ	生年月日	配偶者の有無	有 ・ 無	
	氏 名	児 童 と の 続 柄	父・母・()		
	個人番号	勤務先名	電話番号	()	
	住 所	〒	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)	携帯電話	()	
	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)			
② 配 偶 者 の 状 況	フリガナ	生年月日	年 月 日	職 業	1 公務員 2 公務員以外 3 なし
	氏 名	勤務先名	電話番号 ()		
	個人番号	住所 申請者と(同居・別居) ※別居の場合のみ記入			
	住 所	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)			
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)				
③ 児 童 の 状 況	フリガナ	保 険 加 入 状 況			
	氏 名	加入保険			
	個人番号	記号番号			
	住 所	保険者番号			
	続 柄	生 年 月 日	監護の有無	生計関係	被保険者氏名
		有 ・ 無	同一・維持	申請者との 続柄	
④ 振 込 金 融 機 関	金融コード	金融機関名	口座種別	普通 当座 貯蓄	
	支店コード	支 店 名	口座番号		
	口座名義人	※カタカナで記入してください。			
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。					
立川市長 殿		年 月 日 申請者氏名			

※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"/> 加入医療保険(本人・子)	<input type="checkbox"/> 出生(第 子:税扶養(父・母))	転入者		
	<input type="checkbox"/> 所得証明(年度)	<input type="checkbox"/> 転入(. . / より転入)	未申告者		
	<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					
				交付日	
				受付者	