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	タチカワ　タロウ	生年月日	○○年○○月○○日	配偶者の有無	有・無
	氏　名	立川　太郎	児童との続柄	父・母・（　　）	
	個人番号	999999999999	勤務先名	会社員	電話番号	999（9999）9999
	住　所	〒999-9999 立川市○○町○○番○○号			自宅電話	（　　）
					携帯電話	（　　）
	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				
	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	○○　年○○月○○日	職業	1 公務員 2 公務員以外 3 なし
	氏　名	立川　花子	勤務先名			
	個人番号	999999999999			電話番号	
	住　所	申請者と（同居・別居）※別居の			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				
	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。

対象児童の加入（加入予定）保険情報をご記入ください。
立川市国保加入の場合と 加入医療保険がわかるもののコピーを添付する場合は 省略可。

③児童の状況	フリガナ	タチカワ　イチロウ				
	氏　名	立川　一郎				
	個人番号					
	住　所	申請者と（同居・別居）※別				
	続柄	生年月日	監護の有無	生計関係		
	子	○○年○○月○○日	有・無	同一・維持		

対象児童が複数いる場合は2枚目以降に児童の状況欄のみご記入ください。

保険加入状況	
加入保険	○○○健康保険組合
記号番号	9999　99999
保険者番号	99999999
被保険者氏名	立川　太郎
申請者との続柄	本人

記載不要です

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　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
	□ 加入医療保険(本人・子) □ 所得証明(　　年度) □ 監護事実の同意書 □ 子の属する世帯住民票 □ その他	□ 出生(第　　子：税扶養(父・母)) □ 転入(　.　.　/　より転入) □ その他(離婚・婚姻・その他) □ 所得証明書の原本は児童手当に添付	転入者 未申告者

取得日	
交付日	
受付者	