

負担者番号						市受付印
受給者番号						

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				生年月日			配偶者の有無	有 ・ 無
	氏 名				性 別		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)							
	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			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							
	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	申請者と（同居・別居） ※別居の場合のみ記入			保険者番号				
	続 柄	生 年 月 日	性 別	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。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、及び同件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		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"/> 健康保険証(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					