



義務教育就学児医療費助成（医療証） 交付申請書（兼現況届）
 乳幼児医療費助成（医療証）

※太枠内にご記入ください。記名押印に代えて署名することができます。

申請日	年 月 日	No.	
-----	-------	-----	--

立川市長 殿

医療証の交付申請の届出をします。なお、請求者と配偶者はこの請求及び毎年の資格審査のために、必要な所得状況等を公簿や児童手当現況届等で確認することを承諾します。確認できない場合は、関係書類等を提出します。

保護者欄	現住所	立川市						
	フリガナ							
	氏名					印	生年月日	年 月 日
	個人番号						電話番号 (自宅・携帯)	(父・母・その他)
加入年金	1 国民年金・未加入 2 厚生年金(公務員の方は勤務先:)							
※2.3.4は、 保険証の コピーを 添付して 下さい	加入している 対象児童が 健康保険	1 立川市国保 2 社保(組合・政管・共済) 3 都内国保組合 4 都外国保(公・組合)	い○該当する 項目に 下書き	1 生活保護受給中 2 マル親医療証を持っている 3 対象児童が心身障害者医療証(マル障)を持っている 4 対象児童が児童福祉施設に入所している (但し、母子生活支援施設・知的障害児施設・盲ろうあ児施設 ・肢体不自由児施設・重症心身障害児施設を除く) 5 上記の1から4に該当するものはない				

	フリガナ 氏名	生年月日	続柄	同居 別居	監護 有無	生計 状況	No. (下段は受給者番号を記入)
配偶者		年 月 日	夫 妻	同居 別居	/	同一 維持	
	個人番号						
対象児童氏名		年 月 日	子 その他	同居 別居	有 無	同一 維持	
		年 月 日	子 その他	同居 別居	有 無	同一 維持	
		年 月 日	子 その他	同居 別居	有 無	同一 維持	
		年 月 日	子 その他	同居 別居	有 無	同一 維持	

受付時 確認事項	児童手当	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 額改定 <input type="checkbox"/> 別監 <input type="checkbox"/> 公務員		所得金額	円		
	保険証	<input type="checkbox"/> 公簿 <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 待ち		合計控除額	一律 80,000円	扶養	
	所得証明(父)	<input type="checkbox"/> 公簿 <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 待ち <input type="checkbox"/> 未申告 <input type="checkbox"/> 被扶養			+医療費()		
	所得証明(母)	<input type="checkbox"/> 公簿 <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 待ち <input type="checkbox"/> 未申告 <input type="checkbox"/> 被扶養			+その他()		
	同意書	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 待ち		判定所得額	円	人	
	本人確認 番号確認	個人 力	免許・パス・保険・在カ・他() 通カ・住基・住ネ・他()		特記事項 (別居時の対象児童の住所・連絡先や送付先等)		
事由発生日		転入	出生	他			
決定年月日							
判定結果	認定	却下()					
資格有効期間	年 月 日	～	年 月 日	窓口発行時 本人確認	保険証・免許証 その他()		
給付区分	<input type="checkbox"/> 都費 <input type="checkbox"/> 市費 <input type="checkbox"/> 被用者・公務員 <input type="checkbox"/> 非被用者			受付者	入力者	入力日	確認者

義務教育就学児医療費助成（医療証）
乳幼児医療費助成（医療証）

記入例（同居）

※太枠内にご記入ください。記名押印に代えて署名することができます。

申請日		〇〇年 〇〇月 〇〇日		No.			
立川市長 殿		医療証の交付申請の届出をします。なお、請求者と配偶者はこの請求及び毎年の資格審査のため、必要な所得状況等を公簿や児童手当現況届等で確認することを承諾します。確認できない場合は、関係書類等を提出します。					
保護者欄	現住所	立川市 〇〇町〇丁目〇番地の〇 〇〇アパート〇〇号室					
	フリガナ	タチカワ タロウ		生年月日	S〇〇年〇〇月〇〇日		
	氏名	立川 太郎		電話番号	042-???-????		
	個人番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		ご自宅か携帯電話の番号を記入してください。（父 <input checked="" type="radio"/> 母 <input type="radio"/> その他 <input type="radio"/> ）			
加入年金	1 国民年金・未加入 <input checked="" type="radio"/> 2 厚生年金（公務員の方）						
※保険証の添付	対象児童	1 立川市国保 <input checked="" type="radio"/> 2 社保（組合・政管・共済） 3 都内国保組合 都外国保（公・組合）		該当する項目	1 生活保護受給中 2 マル親医療証を持っている 3 児童手当（所得の高い方）、児童手当の受給者と一致。 4 生計中心者（所得の高い方）、児童手当の受給者と一致。 5 知的障害児施設・盲ろうあ児施設・児童施設・重症心身障害児施設を除くものはない		
配偶者	氏名	立川 花子		続柄	同居 <input checked="" type="radio"/> 別居 <input type="radio"/>	監護有無	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>
	生年月日	昭和 〇〇年〇〇月〇〇日		生計状況	同居 <input checked="" type="radio"/> 別居 <input type="radio"/>	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	維持 <input checked="" type="radio"/> 同一 <input type="radio"/>
対象児童氏名	氏名	立川 くる		続柄	同居 <input checked="" type="radio"/> 別居 <input type="radio"/>	監護有無	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>
	生年月日	平成 〇〇年〇〇月〇〇日		生計状況	同居 <input checked="" type="radio"/> 別居 <input type="radio"/>	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	維持 <input checked="" type="radio"/> 同一 <input type="radio"/>
	氏名	立川 りん		続柄	同居 <input checked="" type="radio"/> 別居 <input type="radio"/>	監護有無	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>
	生年月日	年 月 日		生計状況	同居 <input checked="" type="radio"/> 別居 <input type="radio"/>	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	維持 <input checked="" type="radio"/> 同一 <input type="radio"/>
<p>個人番号がわからない場合は、空欄でご提出ください。 個人番号を記入する場合は、申請者（保護者欄記載の方）の本人確認書類（免許証等のコピー）と番号確認書類（通知カード等のコピー）を添付してください。（郵送の場合）</p>							
事由発生日	決定年月日		判定結果		認定 <input type="checkbox"/> 却下 <input type="checkbox"/>		
資格有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		窓口発行時本人確認	保険証・免許証 その他（ ）			
給付区分	<input type="checkbox"/> 都費 <input type="checkbox"/> 市費 <input type="checkbox"/> 被用者・公務員 <input type="checkbox"/> 非被用者		受付者	入力者	入力日	確認者	

記入不要

義務教育就学児医療費助成（子医療証）
乳幼児医療費助成（乳医療証）

記入例（別居）

※太枠内にご記入ください。記名押印に代えて署名することができます。

申請日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	No.	
立川市長 殿	医療証の交付申請の届出をします。なお、請求者と配偶者はこの請求及び毎年の資格審査のため、必要な所得状況等を公簿や児童手当現況届等で確認することを承諾します。確認できない場合は、関係書類等を提出します。		
保護者欄	現住所 (母子)	立川市 〇〇町〇丁目〇番地の〇	〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地の〇 (父) 〇〇アパート〇〇号室
	フリガナ	タチカワ タロウ	生年月日 S〇〇年〇〇月〇〇日
	氏名	立川 太郎	電話番号 042-???-????
	個人番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇	ご自宅か携帯電話の番号を記入してください。(父・母・その他)
加入年金	1 国民年金・未加入 <input checked="" type="radio"/> 2 厚生年金(公務員の方)		
※2 健康保険のコードを添付して下さい	1 立川市国保 <input checked="" type="radio"/> 2 社保(組合・政管・共済) 3 都内国保組合 都外国保(公・組合)	い〇該を当すつける項目に	1 生活保護受給中 2 マル親医療証を持っている 3 医療証(マル障)を持っている 4 生計中心者(所得の高い方)、児童手当の受給者と一致。 5
配偶者がいる場合は、記入してください。	氏名	生年月日	続柄 同居 別居 有無 生計状況 No. (下段は受給者番号を記入)
配偶者	氏名	昭和 〇〇年〇〇月〇〇日	夫 同居 <input checked="" type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 同一
	立川 花子	〇〇年〇〇月〇〇日	妻 別居 無 維持
対象児童氏名	氏名	平成 〇〇年〇〇月〇〇日	子 同居 <input checked="" type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 同一
	立川 くる	〇〇年〇〇月〇〇日	他 別居 無 維持
	立川 りん	〇〇年〇〇月〇〇日	他 同居 <input checked="" type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 同一
	〇〇年 〇月 〇日	〇〇年 〇月 〇日	その他 別居 無 維持

個人番号がわからない場合は、空欄でご提出ください。
個人番号を記入する場合は、申請者(保護者欄記載の方)の本人確認書類(免許証等のコピー)と番号確認書類(通知カード等のコピー)を添付してください。(郵送の場合)

記入不要

児童手当	円	円	円
受付時確認事項	所得証明(母) <input type="checkbox"/> 公簿 <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 待ち <input type="checkbox"/> 未由告 <input type="checkbox"/> 被扶養	円	人
本人確認	個人 免許・パス・保	円	円
番号確認	力 通カ・住基・住	対象児童の住所・連絡先や送付先等	
事由発生日			
決定年月日			
判定結果	認定 却下 ()		
資格有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	窓口発行時 本人確認	保険証・免許証 その他 ()
給付区分	<input type="checkbox"/> 都費 <input type="checkbox"/> 市費 <input type="checkbox"/> 被用者・公務員 <input type="checkbox"/> 非被用者	受付者	入力者 入力日 確認者