

保護者

様
様

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
医療証交付申請書兼現況届

① 申請者	フリガナ	生年月日	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		
	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)						
	昨年1月1日時点の住所	(上記と異なる場合に記入)						
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		
	個人番号					勤務先名		
	住所	申請者と(同居・別居) ※別居の場合のみ記入						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)						
	昨年1月1日時点の住所	(上記と異なる場合に記入)						
③ 児童の状況	フリガナ					加入医療保険状況		
	氏名					加入医療保険		
	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	監護の有無	生計関係		被保険者氏名		
		年 月 日	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	※カタカタで記入してください。						
⑤該当する場合○をつけてください		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、小金井市子ども医療費助成制度の医療証の交付を申し込みます。なお、医療証の交付・更新をするにあたり、小金井市長が私の世帯の状況を小金井市が保有する公募で確認すること及び情報システムで記録することに同意し、申し込み事項に変更が生じた場合は速やかに届出を行います。								
小金井市長		年 月 日		申請者氏名				

※加入医療保険に変更がある場合には、資格確認書等の写し(児童のもの)を添付してください。

市記入欄	不足書類	申請事由	取得日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 加入医療保険(本人・児童) <input type="checkbox"/> 所得証明(年度) <input type="checkbox"/> 監護事実の同意書 <input type="checkbox"/> 子の属する世帯住民票 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 出生(第 子:税扶養(父・母)) <input type="checkbox"/> 転入(/ より転入) <input type="checkbox"/> その他(離婚・婚姻・その他) <input type="checkbox"/> 所得証明書の原本は児童手当に添付	交付日	年 月 日
			受付者	

--	--