

記入例

第1号様式(表) (第7条関係)

子
マル子

義務教育就学児医療費助成制度医療証交付申請書

		受付年月日			
子どもの父・母で、恒常的に所得が高い方が申請者となります。		アキシマ タロウ		生年月日 昭和 ○年 ○月 ○日	
申請者		昭島 太郎		個人番号 ××××××××××××××	
住所		現住所 昭島市田中町1-17-1 1月1日現在住所(1月~9月は前年) 東京都福生市		電話番号 080-****-**** 令和 ○年 ○月 ○日 (東京都福生市)より転入	
配偶者		有・無 氏名 昭島 花子 (配偶者本人の署名) <input checked="" type="checkbox"/> 義務教育就学児医療費助成制度の給付要件の該当性を審査するため、必要な		転入日と前住地の市区町村名をご記入ください。	
助成対象児童		フリガナ氏名 アキシマ イチロウ 昭島 一郎 1月1日現在住所(1月~9月は前年) 東京都立川市		同居・別居の区分 同居・別居 監護の有無 有・無 生計関係 同一・維持	
		配偶者が1月1日現在で住民登録していた市区町村名をご記入ください。		「監護」とは、監督・保護のことで、養育しているかどうかをいいます。	
		令和 ○年 ○月 ○日		同居・別居 有・無 同一・維持	
		令和 ○年 ○月 ○日		同居・別居 有・無 同一・維持	
加入保険		保険の種類 ① 国保 2 組合 3 協会 4 日雇 5 船員 6 共済		被保険者氏名 昭島 太郎 申請者との続柄 本人・本人外 附加給付 有・無	
		被保険者証記号・番号 記号 12-34 番号 5678		所在地 田中町1-17-1 番号 138305	
		保険取得日(助成対象児童) 令和 ○年 ○月 ○日		名称 昭島市	
対象児童の加入保険の資格取得年月日(認定日)をご記入ください。		生活保護 心身障害者医療費助成		保険組合の所在地です。昭島市国民健康保険にご加入中の方は、「昭島市田中町1-17-1」とご記入ください。	
令和 ○年 ○月 ○日		氏名 昭島 太郎 (申請者本人の署名) 印			
(あて先) 昭島市長					

記載された事項は、保健福祉総合システムのコンピュータに入力されます。

注意

- 申請者と配偶者の「個人番号」欄には、それぞれ12桁の個人番号をご記入ください。
- 1月1日現在で市外に居住していた方は、課税(非課税)証明書が必要でしたが、ご本人様(申請者と配偶者)の同意があれば、マイナンバー制度の情報連携により地方税情報を確認できるようになりました。この申請書は同意書を兼ねますので、同意いただける方は本人署名をお願いします。同意しない場合は、課税(非課税)証明書の原本を添付して提出してください。