

見本

父母のうち、主に生計を支えている方(所得が高い方)の「氏名」「生年月日」「個人番号(マイナンバー)」「住所」「今年1月1日時点の居住地」「昨年1月1日時点の居住地」をご記入ください。

乳幼児・義務教育就学児・高校生等医療費助成制度医療証交付申請書兼現況届

申請及び医療証の更新・切替えをするにあたり、公簿等(マイナンバー情報連携を含む)により確認することに同意します。

| | | | |
|-------------------|---|---------------|-------------------------|
| ふりがな いなぎ なしのすけ | 稲城 梨之助 | 配偶者の有無 有・無 | 稲城 花実 |
| 氏名 | 稲城 梨之助 | ふりがな | いなぎ はなみ |
| 生年月日 | 2年3月13日 | 氏名 | 稲城 花実 |
| 個人番号 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 | 生年月日 | 4年5月31日 |
| 住所 | 稲城市 東長沼2111番地 イナギマンション232号室 電話 042 (378) 2111 | 個人番号 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 |
| 今年1月1日時点の居住地 | 市内・ 都道府県 市区 | 同居別居の別 | 同居 別居(住所) |
| 昨年1月1日時点の居住地 | 市内・北海道 都道府県 札幌市手稲区 | 今年1月1日時点の居住地 | 市内・ 都道府県 市区 |
| | | 昨年1月1日時点の居住地 | 市内・愛知 都道府県 稲沢市 市区 |

配偶者の有無
「有」の場合は「氏名」「生年月日」「個人番号」「同居別居の別」「今年1月1日時点の居住地」「昨年1月1日時点の居住地」をご記入ください。

| | | | | | | | |
|-------|----------|----|------|----------|-----------------------------|------|----------|
| 金融機関名 | 稲城 東長沼支店 | 種類 | 普通預金 | 口座番号(右詰) | 1 2 3 4 5 6 7 9 9 9 9 0 0 1 | 口座名義 | イナギナシノスケ |
|-------|----------|----|------|----------|-----------------------------|------|----------|

申請者または配偶者の普通預金口座をご記入ください。

| 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 同居別居の別 | 住所(申請者と別居の場合のみ記入) | 監護の有無 | 生計関係 |
|---------------------|-------|----------|--------|-------------------|-------|-------|
| いなぎ なしたろう 稲城 梨太郎 | 子(平成) | 23年1月25日 | 同居・別居 | | 有・無 | 同一・維持 |
| いなぎ そらこ 稲城 空子 | 子(平成) | 5年8月13日 | 同居・別居 | | 有・無 | 同一・維持 |
| | 子(令和) | 年月日 | 同居・別居 | | 有・無 | 同一・維持 |
| | 子(平成) | 年月日 | 同居・別居 | | 有・無 | 同一・維持 |

対象児童(高校生以下)の情報
「氏名」「続柄」「生年月日」「個人番号」「同居別居の別」「住所」(別居の場合)「生計関係」(申請者の子であれば「同一」を、その他は「維持」を選択)「監護の有無」(面倒を見ていれば「有」を選択)をご記入ください。

稲城市における児童手当受給状況(○で囲む) 受給中 ・ 申請中 ・ 受給なし(公務員・保護者市外)

| | |
|------------|--|
| 被保険者等記号・番号 | 記号 1201A 番号 1234 |
| 被保険者等氏名 | 稲城 梨之助 |
| 申請者との続柄 | 本人 配偶者・その他() |
| 保険者番号(右詰) | 0 1 1 3 0 0 1 2 |
| 保険者名 | 1 稲城市国民健康保険 又は ()国民健康保険組合 2 ()健康保険組合 3 全国健康保険協会(東京)支部 4 ()共済組合 5 その他() |
| 保険者所在地 | 東京都中野区 |

「申請者」と「被保険者」が同一の場合は「本人」を選択

ご加入の保険者名の種類に合わせてご記入ください

健康保険被保険者証 家族 (被扶養者)

記号 1201A 番号 1234 (枝番)01

氏名 稲城 梨太郎

認定年月日 令和5年4月1日

被保険者名 稲城 梨之助

保険者所在地 東京都中野区

保険者番号 01130012

保険者名称 全国健康保険組合東京支部

お子様の保険証の情報を記入してください。(出生直後の場合は、加入予定の保護者の保険証)

児童手当の申請状況をご記入ください