

乳・子・青

出生 転入(/) 額改定 年度切替 その他()
1月1日時点 市内・市外()

様式第1号(第5条・第10条関係)
(第8条・第13条関係)

児童手当申請 同時 済 親市外 公務員
(表)

個人番号職権取得 申口 配口

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。



個人番号確認

認定済みの児童と同一

保険証確認

認定済みの児童と同一

① 申請者	ふりがな											② 配偶者	配偶者の有無	有・無									
	氏名												ふりがな										
	生年月日	年 月 日											氏名										
	個人番号												生年月日	年 月 日									
	住所	稲城市 電話 ()											個人番号										
											同居別居の別	同居 別居(住所)											

支払希望金融機関	金融機関名	支店名	種類	口座番号(右詰)										口座名義 (カタカナでご記入ください)									
	銀行 信金 農協 信組	支店	普通預金																				

③ 助成対象児童	ふりがな	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
		氏名	子・その他()	平成・令和 年 月 日	同居・別居		有・無
		子・その他()	平成・令和 年 月 日	同居・別居		有・無	同一・維持
		子・その他()	平成・令和 年 月 日	同居・別居		有・無	同一・維持
		子・その他()	平成・令和 年 月 日	同居・別居		有・無	同一・維持

児童手当	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)
------	-----------------------	-----------------------------

④ 加入保険の状況	被保険者等記号・番号	記号	番号										
	被保険者等氏名												
	申請者との続柄	本人・配偶者・その他()											
	保険者番号(右詰)												
	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()支部 4 ()共済組合 5 その他()											
保険者所在地													
職員記入欄													
【ひとり親等】 <input type="checkbox"/> 育成 <input type="checkbox"/> 児扶 <input type="checkbox"/> マル親 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 後日申請予定 <input type="checkbox"/> 提出なし													

◎裏面の注意をよく読んでから、大線内のみ記入してください。字は、楷書(かいしよ)ではっきり書いてください。

判定	乳	子	青	却下										
/	子の保険		/	口座		/	同意書		受付	收受				
/	不足書類案内 (LoGo・窓口・郵送)				/									
/	個人番号	本人	一点	個力・免許・旅券・住力・在力()				確認者						
		番号	二点	保険証・社員証・医療証・手当証書()										
				個力・通力・住民票・その他()										

(裏)

〔記入上の注意〕

1 ①の欄

「住所」の欄は、住民票上の住所を記入してください。

2 ②の欄

「住所」の欄は、住民票上の住所を記入してください。

3 ③の欄

(1) 「助成対象児童」の住所の欄は、対象児童と別居の場合のみ記入してください。

(2) 「監護」とは、監督し、保護することの略で、主として精神面から児童の生活について種々配慮し、物質面から日常生活において児童の衣食住などの面倒をみていることをいいます。

「監護の有無」の欄は、児童を監護しているときは「有」を、そうでないときは「無」を○で囲んでください。

(3) 「生計関係」の欄は、次によって記入してください。

ア 「同一」は、児童が申請者自身の子である場合で、申請者がその児童と生計を同じくしているときに○で囲んでください。

イ 「維持」は、児童が申請者自身の子でない場合で、申請者がその児童の生計を維持しているときに○で囲んでください。

4 ④の欄

「保険者名」の欄は、該当する番号を○で囲み、保険者名を()内に記入してください。

5 この申請書に添えていただく書類は次のとおりです。

(1) あなたとあなたが養育されている児童の加入医療保険の状況が確認できるもの

(2) 申請者と生計を同じくする者が他の市町村(特別区を含みます。以下同様です。)に住所を有する場合は、その者の属する世帯の全員の住民票の写し(続柄表示のあるもの)

(3) 児童のうちに申請者自身の子でない児童がある場合は、父母とその児童との養育関係及び申請者とその児童との養育関係を明らかにすることができる書類

(4) 5の(2)に該当する児童があった場合は、その事実を明らかにすることができる書類

(5) 児童手当を受けられている方は、児童手当認定通知書又は児童手当支払通知書(児童手当認定通知書又は児童手当支払通知書を提示できる方は、上記(2)から(4)までの書類は必要ありません。)

6 この申請書について分からないことがありましたら、担当の職員にお尋ねください。