子 義務教育就学児医療費助成制度医療証交付申請書

申請者は、保護者のうち、所得の高い方となります。
原則として、児童手当を受給（申請）している方は、受給者（申請者）が申請者となります。

対象となるお子さんの健康保険証の内容を記載。加入資格がわかるもののコピーを添付すれば記入省略可です。
マイナポータルにて資格を確認する場合は、加入保険の内容を記載の上、プリントアウトしたものを添付するか、窓口で該当画面を提示してください。

申請者	フリガナ	コダイラ タロウ	生年月日	昭和 56年 10月 17日	記号	12		
	氏名	小平 太郎	個人番号	小平市に在住の場合は記入不要			番号	3456 (枝番) 01
			日中連絡の取れやすい電話番号	父 母 1 080 (1234) 56			認定年月日	2024年 1月 1日
				配偶者の有無	有 ・ 無			被保険者
	1月1日の住所 (1月から9月は前年、10月から12月は本年)	小平市・小平市外	※市外の場合のみ記入 () 都・道・府・県 () 市・区・町・村	1月1日以降に転入された場合のみ記入	転入日	年 月 日	保険者番号	0 6 1 3 0 1 2 3

医療証の交付手続きにあたり、連絡の取れやすいお電話をご記入願います。

申請時点で、小平市外に在住の場合は個人番号（マイナンバー）を記入してください。

配偶者	フリガナ	コダイラ ハナコ	生年月日	昭和 60年 10月 17日		
	氏名	小平 花子	個人番号	小平市に在住の場合は記入不要		
	1月1日の住所 (1月から9月は前年、10月から12月は本年)	小平市・小平市外	※市外の場合のみ記入 (東京) 都・道・府・県 (小井) 市・区・町・村	1月1日以降に転入された場合のみ記入	転入日	令和5年 1月 8日

小平市に転入した日を記入してください。市内での転居は除きます。

対象乳幼児	氏名 (フリガナ)	続柄	生年月日	申請者との状況	住所 (別居の場合のみ記入)
	コダイラ サロウ 小平 三郎	子	平成・令和	●年 ●月 ●日	同居 別居
コダイラ シロウ 小平 四郎	子	平成・令和	●年 ●月 ●日	同居 別居	
			年 月 日	同居 別居	

対象となるお子さんを記入してください。書ききれない場合は、申請書を2枚使用してください。

1月1日に小平市以外にお住まいの場合は、住んでいた市区町村名を記入してください。
・1月～9月は前の年の1月1日
・10月～12月はその年の1月1日
1月1日に小平市以外にお住まいの場合は、別途「同意書」が必要です。

児童手当の申請状況	公務員	☐ 公務員	事由	☐ 事由
	不備あり	☐ 不備あり	複数制度	☐ 複数制度
	保険証 (父・母・子)	☐ 保険証 (父・母・子)	申請書複写	☐ 申請書複写
	マイナンバーカード (父・母)	☐ 本人確認書類 (父・母)	受付	☐ 受付