

乳

乳幼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。健康保険の加入手続き中の場合は、加入予定の父または母の健康保険をご記入下さい。

申請者	フリガナ	コダイラ タロウ		生			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	
	住所	小平市小川町2-1333		日中連絡の取れやすい電話番号	父・母 1080 (1234) 56△		認定年月日	2024年 1月 1日	
	児童手当の受給状況	①.小平市から受給中（申請中を含む） 2.他市から受給中 [] 3.公務員のため所属庁から受給中（申請中を含む） 4.その他 []		配偶者の有無	有・無		被保険者	申請者本人・その他 ()	
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		保険者番号	0 6 1 3 0 1 2 3	
	氏名	小平 花子		個人番号	小平市に在住の場合は記入不要		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。		
	住所	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。		転入日	年 月 日		全国健康保険協会		
対象児童	氏名	フリガナ	性別	年齢	申請する医療費助成制度	申請者との状況	住所（別居の場合のみ記入）	他の医療費助成	
	小平 三郎	[コダイラ サロウ]	子	平成・令和 ●年 ●月 ●日	マル乳・マル子・マル青	同居・別居		(受給中のものがあれば○で囲む)	
	小平 四郎	[コダイラ シロウ]	子	平成・令和 ●年 ●月 ●日	マル乳・マル子・マル青	同居・別居		1 生活保護 2 ひとり親家庭医療 3 心身障害者医療 4 児童福祉施設等（母子生活支援施設・通所施設を除く。） に入所している。	
	小平 五郎	[コダイラ ゴロウ]	子	平成・令和 ●年 ●月 ●日	マル乳・マル子・マル青	同居・別居			
				平成・令和 年 月 日	マル乳・マル子・マル青	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。

児童手当の申請状況	受付済 受給中 非該当	添付書類 <input type="checkbox"/> 完備 <input type="checkbox"/> マイナポータル画面確認（健康保険） <input type="checkbox"/> 保険証作成中のため、（父・母）の保険証で代用 <input type="checkbox"/> 第2子以降で上の児童と同じ保険証を引用 <input type="checkbox"/> 不備あり <input type="checkbox"/> 保険証（父・母・子） <input type="checkbox"/> マイナンバーカード（父・母） <input type="checkbox"/> 本人確認書類（父・母） <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> その他	事由日	/	備考
	<input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> その他		事由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 保護者変更（所・婚・離） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
			複数制度	（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ）	
			申請書複写	（ <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 不要 ）	
			受付		