

保護者様様

負担者番号						市受付印
受給者番号						

乳幼児、義務教育就学児及び高校生等
医療証交付申請書兼現況届

① 申請者	フリガナ		生年月日		配偶者の有無	有・無	
	氏名		児童との続柄		父・母・（ ）		
	個人番号		勤務先名	電話番号（ ）			
	住所	〒 自宅電話（ ） 携帯番号（ ）					
	本年1月1日時点の住所	（上記と異なる場合に記入してください）					
	昨年1月1日時点の住所	（上記と異なる場合に記入してください）					
② 配偶者の状況	フリガナ		生年月日	年 月 日	職業	1 公務員 2 公務員以外 3 なし	
	氏名		勤務先名	電話番号（ ）			
	個人番号		電話番号（ ）				
	住所	申請者と（同居・別居） ※別居の場合のみ記入 電話番号（ ）					
	本年1月1日時点の住所	（上記と異なる場合に記入してください）					
	昨年1月1日時点の住所	（上記と異なる場合に記入してください）					
③ 児童の状況	フリガナ				保険加入状況		
	氏名				加入保険		
	個人番号				記号番号		
	住所	申請者と（同居・別居） ※別居の場合のみ記入			保険者番号		
	続柄	生年月日	監護の有無	生計関係	被保険者氏名		
			有・無	同一・維持	申請者との続柄		
④ 振込金融機関	金融コード	金融機関名				口座種別	普通・当座・貯蓄
	支店コード	支店名				口座番号	
	口座名義人						※カタカタで記入してください。
⑤該当する場合○をつけてください		1 生活保護を受給している。 2 心身障害者（児）医療証の交付を受けている。 3 ひとり親家庭等医療証の交付を受けている。 4 児童が児童福祉施設（母子生活支援施設・通所施設を除く。）等に入所している。					
上記のとおり、小金井市子ども医療費助成制度の医療証の交付を申し込みます。なお、医療証の交付・更新をするに当たり、小金井市長が私の世帯の状況を小金井市が保有する公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む。）により確認すること及び情報システムで記録することに同意し、申込事項に変更が生じた場合は速やかに届出を行います。							
小金井市長		年 月 日 申請者氏名					

※加入医療保険に変更がある場合には、加入医療保険情報が分かるものの写し（児童のもの）を添付してください。

市記入欄	不足書類	申請事由	現況	取得日	年 月 日
	☐ 加入医療保険（本人・子） ☐ 監護事実の同意書 ☐ 子の属する世帯住民票 ☐ その他	☐ 出生(第 子) ☐ 転入(/ より転入) ☐ その他（離婚・婚姻・その他） ☐ 養育関連書類の原本は児童手当に添付	転入者	交付日	年 月 日
				受付者	