

申請者とはを参考に
両親どちらかの氏名
を記入する。両親以
外の場合にはお問い
合わせください。

負担者番号					市受付印
発給者番号					

① 申請者	フリガナ	コガネイ タロウ		生年月日	1958 年 1 月 1 日	配偶者の有無	(有)・無	
	氏名	小金井 太郎				児童との続柄	父・母・()	
	個人番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				勤務先名	〇〇〇〇株式会社	
	住所	〒184-8504 東京都小金井市本町6-6-3						マイナンバーを記入。
	本年1月1日時点の住所	(上記と異なる場合に記入) 市区町村名						電話番号 111 (111) 111
昨年1月1日時点の住所	(上記と異なる場合に記入) 国名							
配偶者の状況	フリガナ	コガネイ ハナコ		生年月日	1958 年 1 月 1 日	職業	公務員 公務員以外 なし	
	氏名	マイナンバーを記入。 小金井 花子				勤務先名	▽△▲▼株式会社	
	個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0				電話番号	111 (111) 1111	
	住所	申請者と(同居)別居 ※別居の場合のみ記入						
	本年1月1日時点の住所	(上記と異なる場合に記入) 市区町村名						
昨年1月1日時点の住所	(上記と異なる場合に記入) 国名							
③ 児童の状況	フリガナ	コガネイ ミドリ		加入医療保険状況				
	氏名	小金井 緑				加入医療保険		
	個人番号	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2				記号番号		
	住所	申請者 監護とは面倒を見て いるという意味。 ※別居の場合のみ記入						
	続柄	生年月日	監護の有無	生計関係	被保険者氏名			
子	2019 年 5 月 1 日	(有)・無	同一・維持	申請者との続柄				
④ 児童の医療費	金融コード	金融機関名		口座種別		普通		
	支店コード	支店名		口座番号				
	口座名義人							
	⑤該当する場合○を つけてください 1 生活保護を受けている 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・更新をするにあたり、小金井市長が
 私の世帯の状況を小金井市が保有する公算等(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、申し込み事項に変更が生じた場合は速やかに届出を行います。

該当する場合に
 子供の医療費
 の対象となら
 ない場合がござい

日付の
 を記入

小金井市長 _____ 20XX 年 Y 月 Z 日 申請者氏名 小金井 太郎

日付の欄には申請日を記入する。

(医療証交付申請書在中)