

【書き方見本】 子どもの医療証交付申請書 児童手当・特例給付認定（額改定）請求書

申請にあたっては、次の見本を参考に申請者・配偶者・養育する子どもの情報をすべてご記入ください（下図で×で示している部分は除く）。

なお、選択肢のある欄については、数字等を○で囲んで選択してください。

（記入上の注意）

- 申請者は父母のうち恒常的に所得の高いかたになります。
- 住民票上の住所を記入してください。
- 「3公務員」の場合は、カッコ内に勤務先と所属を記入してください。
- 本年及び前年の1月1日時点での住民票上の住所を記入してください。「2」の場合は、カッコ内に都道府県・市区町村をご記入ください。
- 「1」の場合は、「公金受取口座の利用について」をよくご確認ください。
- 申請の日における公的年金制度の加入状況について○をつけてください。
- 配偶者が「2無」の場合は、該当理由に○をつけてください。（注）配偶者には、児童を懐妊した当時婚姻の届出をしていないが、申請者と事実上婚姻関係と同様の事情にあった者を含みます。
- 申請者が養育（監護し、かつ生計を同じくするか又は生計を維持していること）する18歳の年度末まで子どもを全員ご記入ください。（4人目以降は備考欄または余白にご記入ください。）
（注）児童手当のみの場合は、児童の個人番号は不要。
- 「監護」は「監督保護」のことで精神的・経済的に児童を監督保護していることです。児童を監督保護していることが申請者の要件となります。
- 以下のいずれかにより○をつけてください。
(ア)「同一」
児童が申請者自身の子である場合で、申請者が子と生計を同じくしている
(イ)「維持」
児童が申請者自身の子でない場合で、申請者が子の生計を維持している

子どもの医療費助成 医療証交付申請書		受付年月日		
武蔵野市長 殿		<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;"> ここは市の処理欄なので記入しないでください。 </div>		
以下のとおり、医療証の交付を申請します。 なお、請求時及び毎年の更新時の審査を受けるために必要な請求者及び配偶者の所得状況その他の支給資格に関する情報を市の保有する公簿等（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に同意します。				
申請者 （主たる生計維持者）	1 (フリガナ) 氏名 武蔵野 太郎	申請年月日	西暦 (令和) 5年 5月 17日	
	2 電話番号 090-9999-****	生年月日	西暦 (昭和)・平成 00年 6月 1日	
	3 個人番号	1 公金受取口座を希望する (注) 2 以下の口座を希望する	金融機関名	銀行 XXXXX 信用金庫 信用組合
	4 現住所 武蔵野市 緑町2-2-28-101 △△△マンション	5 振込先金融機関 (請求者名義のみ)	支店名	△△△ 本店 支店 出張所
	6 職業 ①会社員・自営業等 2無職 3公務員 ()	支店コード (4桁数字) : 1111	口座番号	1 2 3 4 5 * *
	7 1月1日時点の住民登録地 本年 ①武蔵野市 2 その他 (都道府県 市区町村) 前年 1 武蔵野市 2 その他 (〇〇〇 都道府県 〇〇 市区町村)	カタカナ口座名義	ムサンノ タロウ	
8 加入年金 ①厚生年金 ……右に該当がある場合は○ (私立学校教職員共済・公務員共済・日本郵政共済) 2 国民年金 3 未加入				
配偶者	9 (フリガナ) 氏名 武蔵野 花子	生年月日	西暦 (昭和)・平成 00年 5月 5日	
	10 電話番号 090-5555-****	職業	1 会社員・自営業等 2 無職 3 公務員 (××市役所 △△△課)	
	11 個人番号	① 有 ② 無 ③ 公務員 (××市役所 △△△課)		
	12 現住所 ①請求者と同じ 2 別居 ()	18歳に達する日以後の最初の3月31日までの子どもの全員		
養育する子ども	13 (フリガナ) 氏名 武蔵野 一郎	続柄	子	
	14 生年月日	平成・令和 17年 8月 9日	同別居 ①同居 ②別居	
	15 個人番号	1 有 2 無	1 同居 2 維持 2 有	
	16 (フリガナ) 氏名 武蔵野 一美	続柄	子	平成・令和 19年 2月 1日
17 生年月日	1 有 2 無	1 同居 2 維持 2 有	1 同居 2 別居	
18 個人番号	1 有 2 無	1 同居 2 維持 2 有	1 同居 2 別居	
19 個人番号	1 有 2 無	1 同居 2 維持 2 有	1 同居 2 別居	
【市処理欄】 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 額改定 <input type="checkbox"/> 受給者変更 (注) マイナンバーカードにおける利用申請が完了していない場合は 1 を選択できません。				
不足書類	20 支給開始	年 月 日	から記入 請・配・子	
	21 認定 (口下) (口所得超過)	年 月 日	から記入 請・配・子	
	22 認定 (口下) (口所得超過)	年 月 日	日 転出予定日 □市民課 □前住地 様確認	
	23 支給開始	年 月 日	から記入 請・配・子	
	24 認定 (口下) (口所得超過)	年 月 日	日 転出予定日 □市民課 □前住地 様確認	
	25 支給開始	年 月 日	から記入 請・配・子	
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> ここは市の処理欄なので記入しないでください。 </div>				
26 支給開始	年 月 日	から記入 請・配・子	番号 申・配・子 申請者身元 済・未 □身元確認 □世帯確認	
27 支給開始	年 月 日	から記入 請・配・子	受付入力 / 督促1 / 督促2 / 認定入力 / 発送 /	