

記入例

□児童手当・特例給付 □子どもの医療費助成制度 申請事項変更(消滅)届

武蔵野市長 殿

注 太枠内にご記入ください。

医療証の保護者欄に記載されている方です。

しましたので届出します。

届出日	令和〇〇年4月1日	住所	武蔵野市 緑町2-2-28	
フリガナ	ムサシ タロウ	電話番号	090(9999)9999	
受給者氏名	武蔵 太郎			
対象の児童/子ども	フリガナ氏名	生年月日	受給者番号	区分
	ムサシ 武蔵 イチロウ 一郎	平成〇〇年12月12日	9 9 9 9 9 9 9	児童手当 乳・子・高
	ムサシ 武蔵 ジロウ 二郎	平成〇〇年4月4日	9 9	児童手当 乳・子・高

対象のお子様全員について記入してください。

変更が生じた日を記入してください。

医療証をお持ちの方は、医療証の受給者番号を記入してください。

変更年月日

令和〇〇年10月1日

変更が生じた箇所に○をし、変更内容を記入してください。

名称:

保険の種類 1 国保 ② 組合 3 協会

健康保険証のコピーを添付してください。

加入年金種別の変更があった場合は、該当の種別に○を記入し

武蔵野市の国保以外に加入の方は、新しい健康保険証のコピーを添付してください。

変更
住所の変更

全員・一部(花子、一郎)

加入年金種別の変更
(3歳未満の児童がいる場合)

変更後住所: 緑町 2-2-28-101

- 1 厚生年金
- 私立学校教職員共済
- () 国家公務員共済
- () 地方公務員等共済
- 2 国民年金
- 3 その他()

新医療証の発行

住所変更した方のお名前を記入してください。

消滅事由が生じた日を記入してください。
(例: 転出予定日、戸籍の届出日など)

消滅年月日

令和〇〇年6月30日

該当する箇所に○をし、必要事項を記入してください。

他の市区町村に転出 → 全員・一部(太郎)

転出先住所(海外の場合は国名): アメリカ合衆国

海外転出の場合、国内連絡先:
(消滅通知送付先) 住所 武蔵野市緑町2-2-28 氏名 武蔵

転出した方のお名前を記入してください。

消滅
理由

- 生計維持者が変更になった
- ア 婚姻 イ 離婚 ウ 児童/子どもを監護しなくなった
- ① その他(現受給者が海外へ転出のため)

- 児童/子どもが死亡した
- 受給者が公務員になった(児童手当)
- 生活保護の受給を開始した(医療費助成)
- その他

○ひとり親関係の手当を受給している方は、この届出のほかに手続きが必要な場合があります。
○ひとり親関係の届出は、子ども子育て支援課窓口で手続きをお願いします。
(市政センターでは手続きできません)