

子どもの医療費助成制度 別居監護の申立書

令和 年 月 日

武蔵野市長 殿

子どもの医療費助成制度の申請にあたって、私が下記の子どもの監護し、かつ生計を同じくしていることを申し立てます。

記

申立人 (申請者)	氏名				
	住所				
		電話番号： ()			
対象の子ども	フリガナ 氏名	生年月日	申立人との続柄	婚姻※	就労※
		平成・令和 年 月 日		している・していない	している・していない
		平成・令和 年 月 日		している・していない	している・していない
		平成・令和 年 月 日		している・していない	している・していない
		平成・令和 年 月 日		している・していない	している・していない
子どもの住所	武蔵野市				
別居の理由について	(1) 仕事の都合上、単身赴任をしているため (2) 子どもの進学、通学のため (3) その他 () (別居期間：平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日までを予定)				

※ 太枠内のみ記入してください。

※ 申立人は子どもの医療費助成制度の申請者になります。

※ 「対象の子ども」欄右部「婚姻」及び「就労」については、対象の子どもが高校生等にあたる場合のみ記入してください。

※ 申立人の児童手当用所得証明書が必要な場合があります。

備考		受付印
	番号確認 申 / 請求者身元確認 済・未 / 代理人身元確認 済・未	受付者

身元確認 世帯確認

子ども子育て支援課0404