

子どもの医療費助成制度  
別居監護の申立書

令和 3年 9月 6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、私が下記の子どもを監護し、かつ生計を同じくして  
ます。

記

申立人 (申請者)	氏名	武蔵野 一郎			
	住所	〇〇県〇〇市△△町2-2-〇〇〇 電話番号：0234 (22) 111△			
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※
	ムサシノ カズミ 武蔵野 一美	平成 ・ 16年 10月 1日 令和	子	している ・ していない	している ・ していない
		平成 ・ 年 月 日 令和		している ・ していない	している ・ していない
		平成 ・ 年 月 日 令和		している ・ していない	している ・ していない
		平成 ・ 年 月 日 令和		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 緑町〇丁目〇番△号				
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 4年 4月 1日 から 平成・令和 5年 3月 31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 □身元確認 □世帯確認	受付者