

# 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		武蔵野市		緑町2-2-28	
フリガナ	ムサシ タロウ		住所			
受給者氏名	武蔵 太郎			電話番号	090(9999)9999	
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
	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	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:	健康保険証のコピーを添付してください。			
		保険の種類	1 国保 ② 組合 3 協会 その他			
		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・① 一部	花子、一郎	加入年金種別の変更		
	氏名の変更 (全員・一部)	変更後住所:	緑町 2-2-28-101			
		変更前:	変更後:			
消滅	消滅の理由	○ 住所変更した方のお名前を記入してください。	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( )			
		○ 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)	新医療証の発行			
		○ 該当する箇所に○をし、必要事項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)			
		○ 転出した方のお名前を記入してください。	○ 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)			
		○ 他の市区町村に転出 → 全員・① 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			
		○ 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				