記　入　例

第１号様式（第７条関係）

中野区長　宛て

★消せる筆記具では記入しないでください

子ども医療費助成制度医療証交付申請書

次のとおり子ども医療費助成制度の医療証の交付を申請します。

本申請に係る認定に必要な範囲及び医療費助成を受けている間に必要な範囲で、区長が、区及び関係区市町村等が保有する個人情報（地方税に関する情報を含む。）を確認することに同意します。

提出日　　年　　月　　日

①申請者（保護者等）

住所	中野区中野４－１１－１９		
フリガナ	イリョウ　イチロウ		
氏名	医　療　　一　郎		
生年月日	１９７４年　1月　１日	電話番号	０３(３３８９)１１１１
配偶者の有無	(有)　・　無	個人番号	

児童の加入保険の被保険者が申請者となります。被保険者が児童と別居の場合は同居している保護者が申請者となります。

個人番号は記入しなくてよいです

②子どもの加入保険

記号	１２	番号	３４５	保険者番号	６７８９１０
被保険者	医療　一郎		申請者との続柄	本人	☑ マイナポータル画面確認済
保険者名	○○健康保険組合		保険種別	1.国保 2.国組 (3.)社保 4.共済 5.都外	

③新規申請する子ども

フリガナ　イリョウ　ハナコ			
氏　名　医療　花子			
生年月日	続柄	保険加入年月日	
２０１５年2月2日	子	２０１５年　2月2日	
フリガナ			
氏　名			
生年月日	続柄	保険加入年月日	
年　月　日		年　月　日	
フリガナ			
氏　名			
生年月日			
年　月			

保険加入年月日は、資格取得年月日、認定年月日、適用開始日と記載されている日付です。（交付日ではありません）

児童の資格確認書等のコピーまたはマイナポータル画面を出力したものを添付してください。その場合②の記入は省略してかまいません。（窓口でマイナポータル画面を提示した場合は目視確認した職員が上記「マイナポータル画面確認済」に☑いたします。）

児童手当の受給	(1) している　2　していない　3　申請中(　　年　　月　)

お子さんの加入保険を確認できる資格確認書等のコピーを添付してください。

※　この申請書のうち、事務処理に必要な事項は、中野区電子計算組織に記録し、処理します。

担当処理欄	受付		手当・・・ 親　・・・	地域事務所 すこやか福祉センター	確認	