

①申請者：児童を養育する父母等のうち主たる生計維持者（所得が高い方）の氏名等をご記入ください。

①申請者・②配偶者が日野市外に住民登録がある場合は、マイナンバーのわかるものの写しの提出が必要です。

児童を養育している場合は監護：有、生計：同一に○をしてください。

必ず、記号番号、氏名等がわかる面の写しを添付してください。

フリガナ	ヒ/ タロウ	生年月日	S55.5.5	配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
①氏名	日野太郎	児童との続柄	<input checked="" type="radio"/> 父・母・()		
申請者個人番号	記入不要	勤務先名	日野市役所	電話番号	012 (345) 6789
住所	〒191-0016 日野市神明1-12-1	自宅電話	()		
本年1月1日時点の住所	(上記と異なる場合に記入して下さい)	携帯電話	080 (1234) 5678		
昨年1月1日時点の住所	(上記と異なる場合に記入して下さい)	八王子市			
フリガナ	ヒ/ ハナコ	生年月日	H1年1月1日	職業	<input checked="" type="radio"/> 1 公務員 <input type="radio"/> 2 公務員以外 <input type="radio"/> 3 なし
②氏名	日野花子	勤務先名	無し		
個人番号	記入不要	電話番号	()		
住所	申請者と(同居・別居) ※別居の場合のみ記入 八王子市元本郷町3-24-1	電話番号	090 (1234) 5678		
本年1月1日時点の住所	(上記と異なる場合に記入して下さい)	日野市			
昨年1月1日時点の住所	(上記と異なる場合に記入して下さい)	八王子市			
フリガナ	ヒ/ イチカ	保険加入状況			
③氏名	日野一花	加入保険	記入不要		
個人番号	記入不要	記号番号	記入不要		
住所	申請者と(同居・別居) ※別居の場合のみ記入	保険者番号	記入不要		
続柄	生年月日	監護の有無	生計関係	被保険者氏名	申請者との続柄
子	R3.3.3	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 同一 <input type="radio"/> 維持	申請者との続柄	
金融コード	記入不要				
支店コード	記入不要				
口座名義人	記入不要				
④該当する場合○を付けてください	1 生活保護を受給している。 2 心身障害者(児)医療証の交付を受けている。 3 ひとり親家庭等医療証の交付を受けている。 4 児童が児童福祉施設(母子生活支援施設・通所施設を除く。)等に入所している。				
上記のとおり、日野市子ども医療費助成制度の医療証の交付を申込みます。 なお、医療証の交付・更新をするにあたり、所得状況等を日野市が保有する公簿等(マイナンバー制度による情報連携を含む。)で確認することに同意し、申込事項に変更が生じた場合は速やかに届出を行います。					
日野市長	R6年4月1日	申請者氏名	日野太郎		

※保険証のコピー(児童のもの)を添付してください。

本年1月1日、昨年1月1日に住民登録があった自治体をご記入ください。(どちらも日野市の場合は記入不要です。)

※日本に住民登録が無かった場合は、そのことがわかるもの(パスポートの出入国印のページの写し、戸籍の附票の写し等)をご提出ください。

保険証の写しの添付があれば記入は不要です。
※保険証の写しの提出は必須です。

該当するものがあれば○をつけてください。

必ず、①申請者の方の氏名を記入してください。