

① 申込者(保護者)

住所 府中市

本年1月1日時点の住所(1~5月分は前年1月1日)
※上記と異なる場合のみ記入してください。

都・道 府・県 区・市 町・村

フリガナ 氏名

個人番号

④ 保険加入状況(高校生等)
※高校生等の保険証写しを貼りつけてください。

保険証添付場所

受付印

電話 ()

生年月日 年 月 日 性別 男・女 配偶者の有無 有・無

金融機関 支店名 種別

1 普通 2 当座 4 貯蓄

口座番号 口座名義(カタカナ)

⑥ 配偶者

フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日

個人番号

職業 1 公務員 2 公務員以外 3 なし

住所 本年1月1日時点の住所(1~5月分は前年1月1日)
※上記と異なる場合のみ記入してください。

都・道 府・県 区・市 町・村 電話番号 ()

不足書類

健康保険証(本人・子) 口座 別居監護の申立書 地方税関係情報取得に係る同意書

その他

申請事由

出生 第 子: 税扶養(父・母) 転入 / より転入 その他 離婚・婚姻・その他

年金証明書類の原本は児童手当に添付 所得証明書類の原本は児童手当に添付

⑤ 養育する18歳未満のすべての児童	フリガナ氏名	続柄	性別	生年月日	監護の有無	生計関係	同居別居の別	別居の場合の住所	他医療助成の有無	他医療助成の内容	個人番号	受給者番号	取得日 交付日
	子 子以外()	1 男 2 女		年 月 日	1 有 2 無	1 同一 2 維持	1 同居 2 別居	電話() -	1 有 2 無				
	子 子以外()	1 男 2 女		年 月 日	1 有 2 無	1 同一 2 維持	1 同居 2 別居	電話() -	1 有 2 無				
	子 子以外()	1 男 2 女		年 月 日	1 有 2 無	1 同一 2 維持	1 同居 2 別居	電話() -	1 有 2 無				
	子 子以外()	1 男 2 女		年 月 日	1 有 2 無	1 同一 2 維持	1 同居 2 別居	電話() -	1 有 2 無				

⑦ 上記のとおり、府中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、所得状況等を公簿等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。
また、府中市子ども家庭部子育て応援課長を代理人と定め、医療費助成の請求に関する件、及び同伴について必要がある場合の復代理人選任に関する件の権限を委任します。

府中市長

年 月 日 申込者 氏名

備考欄

旧受給者の消滅・減額届(有・無)

氏名 生年月日

認定番号

来庁者 本人 配偶者 その他()

個人番号

受付者 番号カード 住民票 通知カード その他()

身元確認書類 番号カード 免許証 旅券 在留カード 手帳(身体・精神・療育) その他()

※太枠の中だけ記入・押印してください。字はかい書ではっきり書いてください。