

# 記入例

- ① 提出日を記入ください。
- ② 申請者が令和6年1月1日に住民票を置いていた自治体名を記入ください。
- ③ 児童の加入保険が記載されています。  
変更されている場合は、児童の保険証の写しを添付ください。
- ④ 電話番号に変更がある場合は、記載の電話番号を二重線で消し、  
余白に変更後の電話番号を記入ください。
- ⑤ 該当する方に○をしてください。
- ⑥ 配偶者有の場合は、配偶者の氏名を記入ください。
- ⑦ 配偶者が令和6年1月1日に住民票を置いていた自治体名を記入ください。
- ⑧ 申請者と児童が同居している場合は「同」、別居している場合は「別」に○をしてください。

- ⑨ 監護の有無…児童を監護していれば「有」に○をしてください。  
生計関係…申請者と児童が親子の場合は「同一」、親子でない場合は「維持」に○をしてください。
- ⑩ 「心身障害者医療費助成」・「ひとり親家庭等医療費助成」該当の場合は「有」に、該当でない場合は「無」に○をしてください。
- ⑪ 申請者と児童の住所が異なる場合は、児童の住所を記入ください。  
申請者と児童の住所が同じ場合は記入不要です。
- ⑫ 提出日を記入し、申請者の署名をしてください。

※審査欄には何も記入しないでください。

令和 6 年 月 日

〒204-8511

20000000

東京都清瀬市中里五丁目842番地  
清瀬 花子 様

## 乳幼児・義務教育就学児・高校生等医療費助成制度 現況届（令和6年度分）

① 令和 6 年 X月XX日提出

資格要件の審査のため、地方税関係情報等について、公簿などにより確認することに同意します。

|       |              |                    |                    |                     |  |                  |           |  |
|-------|--------------|--------------------|--------------------|---------------------|--|------------------|-----------|--|
| 申請者   | (フリガナ)<br>氏名 | キヨセ ハナコ<br>清瀬 花子   | 女                  | 昭和56年7月8日           | 住<br>〒204-8511<br>東京都清瀬市中里五丁目842番地<br>(令和5年1月1日現在) ② 清瀬市 |                  | ③ 加入保険の状況 |  |
|       | 電話番号         | ④ 090-1234-5678    | ⑤ 配偶者の有無           | 有・無                 | 保険の種類  | 健保組合             | 被保険者等氏名   | 清瀬 太郎 申請者との続柄 本人                       |
| 配偶者   | (フリガナ)<br>氏名 | ⑥ キヨセ タロウ<br>清瀬 太郎 | 配偶者の住所<br>(1月1日現在) | ⑦ 東久留米市             | 保険者名   | 清瀬健保組合           | 被保険者記号番号  | 100 10000                              |
|       | 氏名           | 清瀬 太郎              | 東久留米市              | 東久留米市               | 保険者所在地   | 東京都清瀬市中里五丁目842番地 | 付加給付の有無   |  |
| 助成対象  | (フリガナ)<br>氏名 | キヨセ イチロウ<br>清瀬 一郎  | 受給者番号<br>負担者番号     | 8000000<br>88138441 | 制度   | 乳幼児              | 続柄        | 子                                      |
|       | 生年月日         | R1.7.18            | 同居・別居              | ⑧ 同・別               | 監護の有無<br>生計関係  | ⑨ 有・無<br>同一・維持   | 他制度の状況    | 心身障害者医療費助成 ⑩ 有(無)<br>ひとり親家庭等医療費助成 有(無) |
|       | 同居・別居        | 同・別                | 同居・別居              | 同・別                 | 有・無  | 心身障害者医療費助成       | 有・無       | 住所(別居の場合記入)<br>⑪                       |
|       | 同居・別居        | 同・別                | 同居・別居              | 同・別                 | 同一・維持  | ひとり親家庭等医療費助成     | 有・無       |  |
|       | 同居・別居        | 同・別                | 同居・別居              | 同・別                 | 有・無  | 心身障害者医療費助成       | 有・無       |  |
| 同居・別居 | 同・別          | 同居・別居              | 同・別                | 同一・維持               | ひとり親家庭等医療費助成   | 有・無              |           |  |
| 同居・別居 | 同・別          | 同居・別居              | 同・別                | 有・無                 | 心身障害者医療費助成   | 有・無              |           |  |
| 同居・別居 | 同・別          | 同居・別居              | 同・別                | 同一・維持               | ひとり親家庭等医療費助成   | 有・無              |           |  |

上記のとおり、乳幼児・義務教育就学児医療費助成制度の現況を届出します。なお、申請事項に変更があった場合は、速やかに届出を行います。

清瀬市長

殿 ⑫ 令和 6 年 X月XX日

氏名 清瀬 花子