

記入例

- ① 提出日を記入ください。
- ② 申請者が令和5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5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 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5年度分）

① 令和5年 月 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。

住		〒204-8511 東京都清瀬市中里五丁目842番地	
所		(令和5年1月1日現在) ② 清瀬市	
③ 加入保険の状況			
申請者	氏名	キョセ ハナコ 清瀬 花子	女 昭和56年7月8日
	電話番号	④ 090-1234-5678	⑤ 配偶者の有無 (有)・無
	氏名	⑥ キョセ タロウ 清瀬 太郎	⑦ 配偶者の住所 (1月1日現在) 東久留米市
助成対象	氏名	キョセ イチロウ 清瀬 一郎	受給者番号 8000000 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 生計関係	⑨ (有)・無 同一・維持	他制度の状況
助成対象	心身障害者医療費助成	⑩ (有)・無	住所 (別居の場合記入) ⑪
	ひとり親家庭等医療費助成	有 (無)	
	心身障害者医療費助成	有・無	
	ひとり親家庭等医療費助成	有・無	
助成対象	心身障害者医療費助成	有・無	住所 (別居の場合記入)
	ひとり親家庭等医療費助成	有・無	
	心身障害者医療費助成	有・無	
	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5年8月15日

氏名 清瀬 花子