

申請者は、対象児童の父母の間で「恒常的に所得が高い方」となります。
 ※恒常的に所得が高い方が子どもと別居の場合の申請者
 ①市内で別居＝恒常的に所得が高い方
 ②市外で別居＝子どもと同居している世帯の父又は母(養育者)

別度医療証交付申請書(兼現況届)

(A) 提出年月日	※ 入力年月日
令和 ※※・※※・※※	令和 . .

申請者	(B) 氏名	清瀬 太郎			性別	男・女	配偶者の有無	有・無	(N) 清瀬市の国民健康保険に加入の場合は、下記に記入 ↓ ※ その他は、乳幼児・児童の保険証の写しを裏面へ添付 ◎ 出生の場合は、乳幼児が加入する医療保険の被保険者証の写しを添付してください。
	住所	〒204-8511 清瀬市 中里五丁目842番地			個人番号	※※※※※※※※※※※※※※※※			
申請者の住民票があった住所	申請者の住所	令和3年1月1日時点	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所又は清瀬市内	<input type="checkbox"/> 清瀬市外の住所	◆ - 1 申請者本人 (M) 年 月 日取得				
	住民票があった住所	令和4年1月1日時点	<input type="checkbox"/> 現住所又は清瀬市内	<input checked="" type="checkbox"/> 清瀬市外の住所	2 本人以外 申請者との続柄				
配偶者	(E) 氏名	清瀬 花子			性別	男・女	配偶者の有無	有・無	清瀬市国保世帯主氏名
	住所	〒204-8511 清瀬市 中里五丁目842番地			個人番号	※※※※※※※※※※※※※※※※			記号 番号
助成対象乳幼児・児童	(H) 氏名	清瀬 一郎			性別	男・女	生年月日	昭和 年 月 日	住所(別居の場合)
	続柄	子			同居別居	同居	監護の有無	有・無	認定番号
※ 不足書類 <input type="checkbox"/> 医療保険証の写し <input type="checkbox"/> (被保険者証(乳幼児加入保険) <input type="checkbox"/> 乳幼児・児童) <input type="checkbox"/> 課税・非課税証明書(平成 年度/平成 年度) <input type="checkbox"/> 監護事実の同意書 <input type="checkbox"/> その他 ()									

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。字は楷書(かいしよ)ではっきり書いてください。
 ◎ この届けに関して証明すべき事実を公簿等により確認できない場合は、現況及び確認書類の提出をお願いすることがあります。
 ◎ 障害の有無、及び手帳の等級は、児童育成手当(障害手当)に該当するかを確認するためのものです。

平成 年分所得額の合計	雑損・医療費控除・小規模共済控除額	障・特障・勤労・寡婦(夫)・ひとり親	一律控除	控除後所得額	<input type="checkbox"/> 生活保護の受給	個人番号確認	備考
円	円	円	円	80,000	<input type="checkbox"/> 心身障害者医療費助成	身元確認	
					<input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費助成		

【記入上の注意】

- A. 提出日を記入
- B. 乳幼児、児童の保護者で主な生計主(恒常的に所得の高い方)を記入してください。
 乳幼児・児童と別居している場合(別途、「監護事実の同意書」が必要。書類は、窓口にあります。お問合せください。)
 主な生計主が市内在住 : 乳幼児、児童の保護者で主な生計主を記入
 主な生計主が市外在住 : 乳幼児、児童と同居している世帯の父または母(養育者)を記入
- C. 申請者の個人番号(マイナンバー)を記入してください。
- D. 申請者が当該年1月1日に清瀬市外の住所にいた場合は、その住所を記入してください。
- E. 配偶者の氏名や生年月日などを記入してください。
- F. 配偶者の個人番号(マイナンバー)を記入してください。
- G. 配偶者と別居されている場合は、別居している配偶者の住所を記入してください。
 また、当該年1月1日時点の配偶者の住所が申請者と異なる場合は、その住所を記入してください。
- H. 助成対象の乳幼児・児童について記入してください。
- I. 乳幼児・児童と別居されている場合のみ、別居している乳幼児・児童の住所を記入してください。
- J. 対象乳幼児、児童を養育している場合は「有」に○してください。
 手帳を交付されていない方は、手帳交付なしにチェックを記入してください。
- K. 対象乳幼児、児童が申請者自身の子で、生計を共にしているときは「同一」に○してください。
 対象乳幼児、児童が申請者自身の子でない場合で、生計を共にしているときは「維持」に○してください。
- L. 障害の有・無を○で囲んでください。障害有の場合は、手帳が交付されている方は手帳の種類及び等級を記入してください。
- N. 対象乳幼児、児童の加入している保険証の写しを裏面に添付してください。
- M. 清瀬国民健康保険に加入している場合は、◆-1に記入してください。
- O. 提出日と申請者の氏名を記入してください。(Bと同様)