

- 児童手当 認定・額改定(増額)請求書
 乳 医療証 乳幼児医療費助成制度 交付申請書
 子 医療証 義務教育就学児医療費助成制度 交付申請書
 青 医療証 高校生等医療費助成制度 交付申請書

※医療証の申請は、最も自己負担額の低い制度が優先されます。

八王子市長 殿

市役所受付

※出生の場合、赤ちゃん訪問等のための出生連絡としても取り扱います。

請求者・申請者	記入年月日	令和 年 月 日	・児童手当の認定および医療証の交付に関して、私の世帯の公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む。）を調査することに同意します。 ・児童手当の請求者が主たる生計維持者であることに相違ありません。 ・児童手当の登録情報を、医療助成および子育て世帯への給付金等の支給に使用することに同意します。						
	個人番号								
	フリガナ							配偶者の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	氏名							性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
								生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	
	住所								
	電話番号	()		1月1日の住所	市外を選択された方は区市町村名、国外を選択された方は国名を（）内にご記入ください。				
	生活保護利用状況	<input type="checkbox"/> 利用していない			今年	<input type="checkbox"/> ハ王子市	<input type="checkbox"/> 市外（ ）	<input type="checkbox"/> 国外（ ）	
		<input type="checkbox"/> 利用している（担当者： ）			前年	<input type="checkbox"/> ハ王子市	<input type="checkbox"/> 市外（ ）	<input type="checkbox"/> 国外（ ）	
	加入年金種類	<input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 私立学校教職員共済 <input type="checkbox"/> 公務員共済 <input type="checkbox"/> その他（ ）		公務員共済の方のみ勤務先記入（職場受給の有無を必ずチェック） 職場で児童手当を <input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 受給していない					
支払希望金融機関	TEL ()								
(医療費助成制度のみ申請の方は不要)	公金受取口座を <input type="checkbox"/> 利用する（公金受取口座の登録内容の変更により自動的に振込口座等が変更になります） <input type="checkbox"/> 利用しない ⇒ 下の太枠内に口座番号等をご記入ください								
	名称		支店名・支店コード		口座種別	口座番号	請求者名義口座		
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 労金		<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 支店コード		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	カタカナまたはアルファベット （通帳の名義どおりに記入）			
	個人番号	・児童手当の認定および医療証の交付に関して、私の公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む。）を調査することに同意します。							
フリガナ							生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成		
氏名							電話番号 ()		
配偶者	<input type="checkbox"/> 請求者と同居 <input type="checkbox"/> 請求者と別居		別居の場合の住所						
1月1日の住所	市外を選択された方は区市町村名、国外を選択された方は国名を（）内にご記入ください。								
	今年	<input type="checkbox"/> ハ王子市	<input type="checkbox"/> 市外（ ）	<input type="checkbox"/> 国外（ ）					
前年	<input type="checkbox"/> ハ王子市	<input type="checkbox"/> 市外（ ）	<input type="checkbox"/> 国外（ ）						
配偶者職業	<input type="checkbox"/> 公務員（独立行政法人以外） <input type="checkbox"/> 会社員、公務員（独立行政法人勤務） <input type="checkbox"/> 自営業、パート、無職		勤務先名称等	公務員（独立行政法人以外）の方のみ勤務先記入 職場で児童手当を <input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 受給していない					
養育する22歳年度末までの子	TEL ()								
氏名 生年月日			続柄	同居別居	監護の有無	生計関係	加入保険被保険者	児童手当受給状況	医療費助成受給状況
(フリガナ) □ H □ R 年 月 日 (歳)			<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 今回申請 <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 対象外	<input type="checkbox"/> 今回申請 <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 対象外 → [障親生保その他]
(フリガナ) □ H □ R 年 月 日 (歳)			<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 今回申請 <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 対象外	<input type="checkbox"/> 今回申請 <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 対象外 → [障親生保その他]
(フリガナ) □ H □ R 年 月 日 (歳)			<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 今回申請 <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 対象外	<input type="checkbox"/> 今回申請 <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 対象外 → [障親生保その他]
事務処理欄	【申請制度名】 <input type="checkbox"/> 児童手当（15日特例） <input type="checkbox"/> 乳 医療証（保護者変更） <input type="checkbox"/> 子 医療証（保護者変更） <input type="checkbox"/> 青 医療証（保護者変更） <input type="checkbox"/> 出生連絡カード（持ち帰り） 【申請理由】 出生・転入・増額・その他			【不足書類】 <input type="checkbox"/> 加入健康保険の状況がわかるものの写し（父・母・子） / <input type="checkbox"/> 口座振替依頼書 / <input type="checkbox"/> 監護・生計維持についての申立・同意書 / <input type="checkbox"/> 監護相当・生計費の負担についての確認書 / <input type="checkbox"/> 離婚前提であることがわかる書類 / <input type="checkbox"/> 民生委員証明 / <input type="checkbox"/> その他 /			受領日	【来庁者】 <input type="checkbox"/> 請求者本人 <input type="checkbox"/> その他（氏名 生年月日 ） 【代理】 <input type="checkbox"/> 申請者保険証 <input type="checkbox"/> 委任状（有・無） <input type="checkbox"/> 番号カード	□ 請求者の配偶者 <input type="checkbox"/> その他（氏名 生年月日 ）
	【配偶者確認】 <input type="checkbox"/> 概要（チラシ）案内			【同時申請制度名】 扶・育・親				【本人確認書類】 <input type="checkbox"/> 番号記載無 <input type="checkbox"/> 本人確認書類無 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 写真付き証明書	(以下は2種類が必要) <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 医療証 <input type="checkbox"/> その他（ 生年月日 ）
	前住所地の転出予定日（ / / ） 医療助成費支給申請書同封希望 <input type="checkbox"/>								

裏面をよく読んでから記入してください。

出生の場合、別紙の出生連絡カードも記入し提出してください。

児 決 / 保 乳 決 / 保 子 決 / 保 青 決 / 保 指定
 手受No. 受No. 受No. 受No. 受No. 受No.

1回目 / 2回目 / 3回目 /