

※保険証のコピー（表紙と家族の欄）を添付してください（カード式の場合は被保険者、乳幼児等それぞれのカード）

# 記入例

第1号様式（第6条関係）

受付区民係 区民係

児童手当を申請している方。児童手当を申請している方が区外に単身赴任等で居住している場合は、杉並区に居住している方が申請者となります。  
すでに兄弟姉妹で医療証をお持ちの方はその医療証の保護者名を記入してください。

年月日 年 月 日 認定年月日 年 月 日

## 証 交 付 申 請 書

申請者	ふりがな氏名	すぎなみ たろう <b>杉並 太郎</b>	生年月日	昭和62年 5月10日	備考
	住所	杉並区 阿佐谷南 1 丁目 15 番 1 号 方書 杉並区役所ビル 701 電話 03 (3312) 2111			

配偶者等	ふりがな氏名	すぎなみ はなこ <b>杉並 花子</b>	生年月日			備考
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">申請者が、対象児童を養育していれば、「有」に○をつけてください。</div>					

対象	ふりがな氏名	生年月日 学 年	性別	続柄	同居・別居 の別	監護 有 無	医療費助成	給 者 番 号	証
	乳 幼 児 等	すぎなみ なみ <b>杉並 奈美</b>	22・3・1 小・中 年	男・女	子	同・別	有・無	同一・維持 受給・非受給	
すぎなみ じろう <b>杉並 次郎</b>		26・6・1 小・中 年	男・女	子	同・別	有・無	同一・維持 受給・非受給		乳・子
									乳・子

該当するお子様について記入してください。

父母が申請者の場合は「子」になります。

申請者自身の子どもであれば「同一」に、父母以外の養育者は「維持」に○をつけてください。

心身障害者医療費助成を受けていなければ「非受給」に○をしてください。

保険証のコピーを添付していただくため記入不要です。

加入医療保険の種類	1 国保    2 組合    3 協会    4 日雇    5 船員    6 共済					
ふりがな被保険者氏名	マル親、生活保護に該当するものがあれば「受給」にマルをつけてください。		得年月日	年 月 日	申請者との続柄	
保 険 者			被保険者 記号・番号		—	

(親) 医療費助成	受 給 <b>非 受 給</b>	生活保護	受 給 <b>非 受 給</b>	児童手当 (NO )	年 月から 受給 申請中・申請予定・非受給
-----------	---------------------	------	---------------------	---------------	--------------------------

上記のとおり、乳幼児等医療費助成制度の医療証の交付を申請します。  
本申請の認定のために上記申請者 **杉並区長宛** 上段の申請者と同じ方の署名及び記入年月日も忘れずに記入してください。  
令和元年 5月 1日  
氏名 **杉並 太郎**

備 考	対象乳幼児等転入又は出生年月日 年 月 日	係 員
	保険変更届案内 済 ・ 無	
	医療行為の確認 済 ・ 無	