

※お子様の保険証のコピー（表面のみ）を添付してください

第1号様式（第6条関係）

原則、お子様と同居している方。お子様と同居の保護者が複数いる場合は、所得が高い方がご申請ください。
（例）祖父母・父母・子の世帯の場合、父母のうち所得が高い方が申請者

交付申請書

申請者		ふりがな氏名 すぎなみ たろう 杉並 太郎	生年月日 西暦 昭和・平成 55年12月22日	連絡先 自宅 03-3312-2111 携帯 ○○○○-○○○○-○○○○	
住所		杉並区 阿佐谷南 1 (建物名称等) 杉並区ビルディング 701			
配偶者等		ふりがな氏名 すぎなみ はなこ 杉並 花子	生年月日 西暦 昭和・平成 55年 4月18日	連絡先 同居・別居 () 電話 070-○○○○-○○○○	
今回申請する子ども	ふりがな氏名	すぎなみ なみ 杉並 奈美	続柄 子 その他 ()	生年月日 西暦 平成・令和 17年 4月 2日	子どもの監護状況 同居監護 別居監護 (杉並区阿佐谷北〇-〇-〇)
	No.			障害者等の医療費助成 受給 非受給 ()	申請者と子どもが別居している場合は「別居監護」に〇、()内に住所を記入のうえ、別途「別居監護の申立書」を提出してください。 高校生本人が申請者の場合は、記入は不要です。
	ふりがな氏名	すぎなみ 波介 杉並 波介	続柄 子 その他 ()	生年月日 西暦 平成・令和 18年 4月 2日	
	No.			受給 非受給 () (小児慢性医療券)	
ふりがな氏名		続柄 子 その他 ()	生年月日 西暦 平成・令和	同居監護	
加入医療保険		保険の種類 1 国保 2 組合 3 協会 4 日雇 5 船員 6 共済	資格取得年月日 西暦 平成・令和 年 月 日	被保険者氏名 保険記号・番号 —	
医療費助成		受給 非受給 ()	生活保護	受給 非受給 ()	児童手当 (No)
備考		上記のとおり、杉並区子どもの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の申請者、配偶者等及び子どもについて、区が保有する個人情報の利用に同意します。			
杉並 区 長 宛		申請者の署名及び記入年月日 日を記入してください。		令和5年2月1日 杉並 太郎	
(備考)		子どもの転入又は出生年月日 年 月 日	受付	一次審査	二次審査
		保険変更届の案内	<input type="checkbox"/>		
		認定日前の医療の確認	<input type="checkbox"/>		

今回申請するお子様のみを記入してください。

申請者とその配偶者が別居している場合は「別居」に〇をして、()内に住所を記入してください。

申請者と子どもが別居している場合は「別居監護」に〇、()内に住所を記入のうえ、別途「別居監護の申立書」を提出してください。
高校生本人が申請者の場合は、記入は不要です。

障害等による他の医療費の助成を受けている場合は「受給」に〇、()内に助成内容を記入のうえ、別途「受給者証等のコピー」を添付してください。

マル親、生活保護に該当するものがあれば「受給」に〇をしてください。

申請者の署名及び記入年月日を記入してください。