

父母のうち、主に生計を支えている方(収入の)

個人番号は記入不要です。(配偶者も同様)

配偶者の有無に○をつけ氏名等を記入してください

|              |              |           |  |         |              |  |  |      |      |              |     |         |   |   |
|--------------|--------------|-----------|--|---------|--------------|--|--|------|------|--------------|-----|---------|---|---|
| ①<br>申請者     | ふりがな         | いなぎ なしのすけ |  |         | 配偶者の有無       | <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 |  |      |      |              |     |         |   |   |
|              | 氏名           | 稲城 梨之助    |  |         | ふりがな         | いなぎ はなこ  |  |      |      |              |     |         |   |   |
|              | 生年月日         | 昭和・平成     | ●●   | 年 ●月 ●日 | 氏名           | 稲城 花子  |  |      |      |              |     |         |   |   |
|              | 個人番号         |           |  |         |              |  |  |      | 生年月日 | 昭和・平成        | ●●  | 年 ●月 ●日 |   |   |
|              | 住所           | 稲城市       | 東長沼2111<br>●●マンション101<br>電話 042 ( 378 ) 2111 |         |              |  |  | 個人番号 |      |              |     |         |   |   |
|              | 今年1月1日時点の居住地 | 市内・       | 都道府県   | 市       | 区            | 同居別居の別   | <input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居(住所) |      |      |              |     |         |   |   |
| 昨年1月1日時点の居住地 | 市内・          | 都道府県      | 市  | 区       | 今年1月1日時点の居住地 | 市内・  | 都道府県   | 市    | 区    | 昨年1月1日時点の居住地 | 市内・ | 都道府県    | 市 | 区 |

支払希望金融機関  
□ 認定済み児童と同一

|       |     |    |          |                        |
|-------|-----|----|----------|------------------------|
| 金融機関名 | 支店名 | 種類 | 口座番号(右詰) | 口座名義<br>(カタカナでご記入ください) |
|-------|-----|----|----------|------------------------|

上のお子様で登録済みですので、口座情報の記入は不要です。

|             |          |  |             |   |                   |  |  |
|-------------|----------|--|-------------|---|-------------------|--|--|
| ③<br>助成対象児童 | ふりがな     | 続柄   | 生年月日        | 同居別居の別  | 住所(申請者と別居の場合のみ記入) | 監護の有無  | 生計関係   |
|             | いなぎ さぶろう | <input checked="" type="radio"/> 子<br><input type="radio"/> その他( ) | 平成 ●年 ●月 ●日 | <input checked="" type="radio"/> 同居<br><input type="radio"/> 別居 |                   | <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 | <input checked="" type="radio"/> 同一・維持<br><input type="radio"/> 維持 |
|             | 稲城 三郎    |  | 令和 平成       | 同居  |                   |  |  |

今回申請するお子様について記入してください。

児童の面倒を見ていれば「有」に○  
児童が申請者の子であれば「同一」に○

上のお子様と同じ保険に加入する場合は、記入不要です。

児童手当

|                      |     |                                      |                 |
|----------------------|-----|--------------------------------------|-----------------|
| 稲城市における児童手当受給( )で囲む) | 受給中 | <input checked="" type="radio"/> 申請中 | 受給なし(公務員・保護者市外) |
|----------------------|-----|--------------------------------------|-----------------|

保険証確認

|              |             |   |      |    |      |
|--------------|-------------|---|------|----|------|
| ④<br>加入保険の状況 | 被保険者記号・番号   | 記号  | △△△△ | 番号 | ▲▲▲▲ |
|              | 被保険者等氏名     | 稲城 梨之助  |      |    |      |
|              | 申請者との続柄     | <input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 配偶者・その他( )                        |      |    |      |
|              | 保険者番号(右詰)   | ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■   |      |    |      |
|              | 保険者名        | 1 稲城市国民健康保険 又は ( )国民健康保険組合<br>2 ( □□□□ )健康保険組合<br>3 全国健康保険協会 ( )支部<br>4 ( )共済組合<br>5 その他( ) |      |    |      |
| 保険者所在地       | 東京都〇〇市△△1-1 |   |      |    |      |

稲城市長 殿  
医療証の交付及び更新に係る審査のため、所得情報その他受給資格に関する情報及び地主税関係  
提出日と申請者の氏名を記入してください(上記①と同じ氏名を記入してください)  
また、申請内容に変更が生じた場合は速やかに届出を行ってください

令和●年●月●日  
申請者氏名 稲城 梨之助

お子さんの健康保険証の情報を記入してください(出生直後の場合は加入予定の保護者の保険証の情報)  
健康保険 有効期限 ○年○月○日  
被保険者証(家族) 資格取得年月日 ○年○月○日  
記号 △△△△ 番号 ▲▲▲▲  
氏名 稲城 太郎  
生年月日 ○○年7月1日  
被保険者 稲城 梨之助  
住所 稲城市東長沼2111-101  
保険者番号 ■■■■■■■■

◎裏面の注意をよく読んでから、太線内のみ記入してください。字は、楷書(かいしよ)で

|   |      |   |    |   |
|---|------|---|----|---|
| / | 子の保険 | /   | 口座 | / |
| / | 個人番号 | 本四<br>一点 個力・免許・旅券・住力・在力( )<br>二点 保険証・社員証・医療証・手当証書( )<br>番号 個力・通力・住民票・その他( ) |    |   |