

父母のうち、主に生計を支えている方（収入の高い方）が申請者です

請求者の個人番号を記入してください（本人確認書類が必要です）

配偶者の有無に○をつけ氏名等を記入してください

個人番号確認

口座確認

保険証確認

① 申請者	ふりがな	いなぎ なしのすけ			の有無	有・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 ●●マンション101 電話 042 ( 378 ) 2111			個人番号	●●●●●●●●●●			
今年1月1日時点の居住地	市内・	福島	都道府県	南相馬	市区				
	市内・		都道府県		市区				
金融機関名	支店名	種類	口座番号 (右詰)		口座名義 (カタカナでご記入ください)				
稲城	長沼 支店	普通預金	●●●●●●●●●●		イナギ ナシノスケ				
申請者または配偶者の普通預金口座をご指定ください									
③ 助成対象児童	ふりがな	氏名	続柄	年齢	同居	有・無	同一	維持	
	いなぎ たろう	稲城 太郎	子	平成 ●●年●月●日	同居	有	同一	維持	
	いなぎ じろう	稲城 次郎	子	平成 ●●年●月●日	同居	有	同一	維持	
	高校生以下の児童が対象です								
	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○								
児童手当	稲城市における児童手当受給状況(○で囲む)				受給中 ・ 申請中 ・ 受給なし(公務員・保護者市外)				
④ 加入保険の状況	被保険者記号・番号	記号	△△△△	番号	▲▲▲▲	稲城市長 殿			
	被保険者等氏名	稲城 梨之助			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わる情報及び地方税関係情報について、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)				
	申請者との続柄	本人・配偶者・その他( )			令和 ●●年●月●日				
	保険者番号(右詰)	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■			申請者氏名 稲城 梨之助				
	保険者名	1 稲城市国民健康保険 又は ( )国民健康保険組合 2 ( □□□□ )健康保険組合 3 全国健康保険協会 ( )支部 4 ( )共済組合 5 その他( )			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 ▲▲▲▲				
保険者所在地	東京都○市△△1-1			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、太線内の欄に記入してください。字は、楷書(かいしよ)で

/	子の保険	/	口座	/
/		/		/
/	個人番号	本四	一点	個力・免許・旅券・住力・在力(
/	番号	番四	二点	保険証・社員証・医療証・手当証書(
/			個力	通力・住民票・その他(