

☒乳幼児医療費助成制度医療証交付申請書(兼現況届)

様式第1号・様式第7号(第5条・第10条関係)

☐義務教育就学児医療費助成制度医療証交付申請書(兼現況届)

様式第1号・様式第7号(第8条・第13条関係)

☐高校生等医療費助成制度医療証交付申請書(兼現況届)

様式第1号・様式第7号(第8条・第13条関係)

父母共に所得のある場合、申請者は**所得の高い方**となります
※個人番号欄は記入不要です

◎太枠内を記入してください。

申請日 令和 7 年 10 月 3 日

① 申請者	個人番号 (ふりがな)	ひがくろめ いちろう		生年月日		配偶者の有無		
	氏名	東久留米 一郎		昭和55年6月1日		有・無		
	住所	東久留米市 本町3-3-1		日中連絡がつく方の電話番号をお願いします				
	日中連絡先 個人番号	080(4420)7736						
② 配偶者	個人番号 (ふりがな)	ひがくろめ いちこ		生年月日				
	氏名	東久留米 一子		昭和56年7月1日				
	住所	①. 上記申請者に同じ 2. 別居 (住所:)		対象児童が申請者自身の子で 生計を同じくしていれば「同一」に○				
③ 助成対象児童	18歳までの児童	氏名	続柄	生年月日	居住	監護	生計	その他 ※別居の場合 住所を記入
		東久留米 青人	①. 子 2. その他 ()	令和7年9月25日	同居	有	維持	
			1. 子 2. その他 ()	年 月	同居	有	同一	
			1. 子 2. その他 ()	年 月 日	同居	有	維持	
④ 加入保険	記号番号	記号	番号	対象児童の保険証(※)が				年 月 日
	被保険者等	1. 上記申請者に同じ 2. 配偶者 3. その他(氏名) () 保険者番号						
	保険の種類	1. 東久留米市 2. 国保組合 3. 共済組合						
東久留米市長 殿								
(※) 出生の場合、対象乳幼児が加入予定の保護者の健康保険情報で可								
☒ 医療証の交付及び更新に係る審査のため、受給資格に関わる情報を公簿等(マイナンバー制度による情報連携を含む。)により確認することについて同意します。								
☒ 申請した事項に変更が生じた場合は速やかに届出を行います。								
本申請の内容に相違ありません。								
令和 7 年 10 月 3 日								
申請者 氏名 東久留米 一郎								