

## 子ども医療費助成制度 申請事項変更・再交付・消滅届

[保護者変更]

## 記入例

|      |       |        |   |   |   |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |  |
|------|-------|--------|---|---|---|---|---|---|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| 対象児童 | 受給者番号 | 1      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
|      | 子ども氏名 | 江戸川 一郎 |   |   |   |   |   |   | 子ども氏名 |  |  |  |  |  |  |  |
|      | 受給者番号 |        |   |   |   |   |   |   | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
|      | 子ども氏名 |        |   |   |   |   |   |   | 子ども氏名 |  |  |  |  |  |  |  |



変更 【事由発生日：令和 7 年 8 月 21 日】

ホームページ掲載版

|        |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                   |      |                      |      |           |      |      |      |      |  |                                    |  |  |  |  |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------|------|-----------|------|------|------|------|--|------------------------------------|--|--|--|--|
| 氏名     | 子                                                                                                                                                                                                                     | 旧( ) 新( )                                                                                                         | 旧( ) | 保護者が変更となった日を記入してください |      |           |      |      |      |      |  |                                    |  |  |  |  |
|        |                                                                                                                                                                                                                       | 旧( ) 新( )                                                                                                         | 旧( ) |                      |      |           |      |      |      |      |  |                                    |  |  |  |  |
| 住所     | 保護者                                                                                                                                                                                                                   | 旧( ) 新( )                                                                                                         |      |                      |      |           |      |      |      |      |  |                                    |  |  |  |  |
|        | 旧住所                                                                                                                                                                                                                   | 江戸川区                                                                                                              |      |                      |      |           |      |      |      |      |  |                                    |  |  |  |  |
| 保護者    | 新住所                                                                                                                                                                                                                   | 江戸川区                                                                                                              |      |                      |      |           |      |      |      |      |  |                                    |  |  |  |  |
|        | 旧( ) 新( )                                                                                                                                                                                                             | 江戸川 花子 ) 江戸川 太郎 )                                                                                                 |      |                      |      |           |      |      |      |      |  |                                    |  |  |  |  |
| 事由     | 事由                                                                                                                                                                                                                    | ① 別居 2 世帯分離 3 生計中心者交代 4 死亡 5 その他( )                                                                               |      |                      |      |           |      |      |      |      |  |                                    |  |  |  |  |
|        | 課税地                                                                                                                                                                                                                   | 新保護者が今年の1月1日時点で江戸川区に居住していない場合はご記入ください                                                                             |      |                      |      |           |      |      |      |      |  |                                    |  |  |  |  |
| 健康保険情報 | 今年1月1日の住所                                                                                                                                                                                                             | 東京                                                                                                                | 都道府県 | 葛飾区                  | 市区町村 | 去年1月1日の住所 | アメリカ | 都道府県 | 市区町村 | 個人番号 |  |                                    |  |  |  |  |
|        | 被保険者                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> その他( ) |      |                      |      |           |      |      |      |      |  | <input type="checkbox"/> 保険情報コピー添付 |  |  |  |  |
| 健康保険情報 | 保険情報のコピーがない場合は保険情報をご記入ください                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                   |      |                      |      |           |      |      |      |      |  |                                    |  |  |  |  |
|        | 記号                                                                                                                                                                                                                    | 番号                                                                                                                |      |                      |      | 保険者番号     |      |      | 資格   | D    |  |                                    |  |  |  |  |
| 事由     | ● 旧保護者が引っ越しして別住所になった場合<br>→ 1 別居<br>● 同居所だが旧保護者が子どもと世帯を分けた場合<br>→ 2 世帯分離 新保護者はお子さんと同世帯の方になります<br>● 新保護者が引っ越しをして同居所になり、旧保護者よりも所得が高い場合<br>→ 3 生計中心者交代<br>同居同世帯の父母以外が保護者となる場合は申請の前に、児童家庭課医療費助成係（03-56662-8578）までお問合せください |                                                                                                                   |      |                      |      |           |      |      |      |      |  |                                    |  |  |  |  |
|        | 事由                                                                                                                                                                                                                    | 1 転出 2 出国 3 施設入所 4 生活保護開始 5 死亡 6 その他( )                                                                           |      |                      |      |           |      |      |      |      |  |                                    |  |  |  |  |

|                                |                                                                                                                                                                       |     |  |   |  |      |  |   |  |      |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|---|--|------|--|---|--|------|--|--|--|--|--|--|
| 署名                             | 上記のとおり、子ども医療費助成制度の申請事項の変更・医療証の再交付・資格消滅について届出します。<br>私及び世帯員の所得情報その他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。<br>なお公簿等で確認できない場合は、区が必要と認める関係書類の提出を速やかに行います。 |     |  |   |  |      |  |   |  |      |  |  |  |  |  |  |
|                                | 江戸川区長 殿                                                                                                                                                               |     |  |   |  |      |  |   |  |      |  |  |  |  |  |  |
|                                | 住所 江戸川区 中央1-4-1                                                                                                                                                       |     |  |   |  |      |  |   |  |      |  |  |  |  |  |  |
|                                | 氏名 江戸川 太郎                                                                                                                                                             |     |  |   |  |      |  |   |  |      |  |  |  |  |  |  |
| 電話                             |                                                                                                                                                                       | 080 |  | - |  | 1234 |  | - |  | 5678 |  |  |  |  |  |  |
| 記入日、申請者の住所、申請者氏名、電話番号を記入してください |                                                                                                                                                                       |     |  |   |  |      |  |   |  |      |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                                                              |  |    |  |    |  |     |  |     |  |    |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----|--|----|--|-----|--|-----|--|----|--|--|--|--|--|
| 個人番号確認（新保護者）                                                                                                                 |  |    |  |    |  |     |  |     |  |    |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 記入有 <input type="checkbox"/> 記入無                                                                    |  |    |  |    |  |     |  |     |  |    |  |  |  |  |  |
| → <input type="checkbox"/> マイナカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 → <input type="checkbox"/> 同意有 |  |    |  |    |  |     |  |     |  |    |  |  |  |  |  |
| 受付                                                                                                                           |  | 入力 |  | 交付 |  | 証回収 |  | 有・無 |  | 確認 |  |  |  |  |  |