

松戸市子ども医療費助成申請書（受給券交付申請用）

（あて先）松戸市長

次のとおり、申請します。なお、本制度を利用する間、申請者及び健康保険の被保険者の属する世帯の所得状況その他事務手続きに必要な情報を公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む。）により、松戸市が確認することを承諾します。また、松戸市国民健康保険の被保険者の場合で、高額療養費の支給を受けることができるときは、松戸市が当該相当額を私に代わって請求することを承諾します。

申請年月日：受付日と同日

申請者 (保護者)	現住所												
	氏名	フリガナ.....					電話番号	(日中の連絡先)					
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	個人番号							
	1月1日現在の所在地	<input type="checkbox"/> 今年	<input type="checkbox"/> 松戸市内		<input type="checkbox"/> 松戸市外 (市区町村名:)								
	<input type="checkbox"/> 平成												
		<input type="checkbox"/> 海外 (国名:)											
		<input type="checkbox"/> 松戸市内		<input type="checkbox"/> 松戸市外 (市区町村名:)									
		<input type="checkbox"/> 海外 (国名:)											
申請者の配偶者 <input type="checkbox"/> 配偶者無し (<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚)	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 他住所 ()											
	氏名	フリガナ.....					電話番号	(日中の連絡先)					
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	個人番号							
	1月1日現在の所在地	<input type="checkbox"/> 今年	<input type="checkbox"/> 松戸市内		<input type="checkbox"/> 松戸市外 (市区町村名:)								
	<input type="checkbox"/> 平成												
		<input type="checkbox"/> 海外 (国名:)											
		<input type="checkbox"/> 松戸市内		<input type="checkbox"/> 松戸市外 (市区町村名:)									
		<input type="checkbox"/> 海外 (国名:)											
申請理由	<input type="checkbox"/> 出生		<input type="checkbox"/> 転入			<input type="checkbox"/> 生保廃止 ※生活保護証明書を添付			<input type="checkbox"/> その他 ()				
対象の子①	フリガナ.....	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	続柄	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子以外 ()					
対象の子②	フリガナ.....	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	続柄	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子以外 ()					
対象の子③	フリガナ.....	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	続柄	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子以外 ()					
対象の子④	フリガナ.....	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	続柄	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子以外 ()					
健康保険の種類	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> その他、健康保険組合等												
被保険者名 (社会保険⇒被保険者名 国民健康保険⇒世帯主名 を記入してください。)	氏名 (署名)	フリガナ.....					<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者の配偶者と同じ <input type="checkbox"/> それ以外 (太枠全ての記入が必要です。)			記入は以上です。			
		※ご署名いただくことで本申請内容にご承諾いただいたものとみなします。											
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	個人番号							
	<input type="checkbox"/> 平成												
	現住所												

.....【市記入欄】※申請者は記入しないでください。.....

処理	所得状況	非課税	転入日	子の転入元	(職員メモ)
	<input type="checkbox"/> 父所得：課・非・被・未・み・均 <input type="checkbox"/> 母所得：課・非・被・未・み・均	<input type="checkbox"/>	子 (R . .) 父 (R . .) 母 (R . .)	<input type="checkbox"/> 月内県内 ➡ (翌月発券) <input type="checkbox"/> 月内県外	