松戸市ひとり親家庭等医療費等助成資格登録申請書

ふりがな			
氏名			
個人番号			
生年月日	年　月　日		
住所	松戸市		
電話番号	（　　）		
児童扶養手当の受給状況	有・無（　　）		
受給している他の公費負担制度	有（　　）・無		
同居親族の有無	有（　　）・無		
個人番号			
生活保護受給の有無	有・無・申請中		
健康保険証	種類	協会・組・船・共・国・国組	
	記号番号	記号　　番号	
	保険者名		

児童氏名 個人番号	続柄	生年月日	障害の有無
		年　月　日	有・無
		年　月　日	有・無
		年　月　日	有・無

振込先金融機関	金融機関名				支店名				
	1 普通 2 当座	口座番号							
		名義人	※　カタカナで記入						

（あて先）松戸市長

年　月　日

上記のとおり、受給資格登録の申請をします。

なお、受給資格審査に際しては、住民基本台帳、戸籍、所得状況、生活保護の受給状況その他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）により確認することに同意します。

氏名　　印

（状況）□婚姻解消　□死亡　□生死不明　□遺棄　□拘禁　□障害　□未婚　□その他