

資格取得日	令和	年	月	日
受給者番号				
宛名番号				

※太枠内をご記入ください

### 松戸市ひとり親家庭等医療費等助成資格登録申請書

(あて先) 松戸市長

令和  年  月  日

下記のとおり、受給資格登録の申請をします。

なお、本制度の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。

フリガナ **マツド ハナコ**  
氏名 **松戸 花子**

生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input checked="" type="radio"/> 年	<input checked="" type="radio"/> 月	<input checked="" type="radio"/> 日	
住所	松戸市 <b>根本 387-5</b>				
電話番号	<b>047 (366) 1111</b>				
児童扶養手当の受給状況	有 ( <input checked="" type="checkbox"/> 申請中) ・ 無 ( <input type="checkbox"/> 年金受給 ・ <input type="checkbox"/> その他 _____)				
受給している他の公費負担制度	<input checked="" type="checkbox"/> ( <input type="checkbox"/> 重度心身障害者 (児) 医療 ・ <input checked="" type="checkbox"/> その他 <b>特定疾患</b> ) ・ 無				
同居親族の有無	<input checked="" type="checkbox"/> (続柄: <b>父 松戸太郎</b> ) ・ 無				
生活保護受給の有無	有 ⇒対象外 ・ 申請中 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無				
児童氏名	続柄	生年月日	障害の有無		
フリガナ <b>マツド ハナエ</b> <b>松戸 花恵</b>	<b>長女</b>	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	<input checked="" type="radio"/> 年	<input checked="" type="radio"/> 月 <input checked="" type="radio"/> 日	有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
フリガナ		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月 日	有 ・ 無
フリガナ		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月 日	有 ・ 無
フリガナ		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月 日	有 ・ 無
健康保険証	※健康保険証のコピーを添付 (本人・子)				
振込先金融機関	<input type="checkbox"/> 公金受取口座の利用を希望する	※マイナポータル等で登録している場合添付不要 ※登録を抹消した場合は提出が必要			
	<input checked="" type="checkbox"/> 公金受取口座の利用を希望しない	※通帳またはキャッシュカードのコピーを添付			

市記入欄

(状況) 婚姻解消 死亡 障害 生死不明 遺棄 保護命令 拘禁 未婚 その他  
(区分) 課税 (300円、200円) 非課税 (0円)