

松戸市子ども医療費助成申請書(受給券交付申請用)

受付印

(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。

【郵送可能】

※児童給付担当室宛てに、添付書類と併せて提出。

Application form with multiple sections: 申請年月日, 申請理由, 配偶者の有無, 保護者, 氏名, 個人番号, 生年月日, 現住所, 1月1日住所地, 電話番号, 対象となる子ども, 氏名, 生年月日, 申請者との続柄, 保険の種類, 被保険者名. Includes checkboxes for birth, transfer, and insurance status.

.....【市記入欄】※申請者は記入しないでください。.....

Summary section with checkboxes for document status (不足書類無し/有リ), insurance copy, passport copy, and commitment letter. Includes a table for income status (所得状況) and transfer date (転入日).

(職員メモ)