

第1号様式

松戸市養育医療に係る子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

松戸市長 様

( 申 請 者 )

住 所 松戸市

フリガナ

氏 名

電話番号

松戸市養育医療に係る子ども医療費の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

併せて、松戸市長に対して、下記の者が受けた養育医療に係る子ども医療費助成金の受領に関する権限を委任します。

また、養育医療主管課および子ども医療主管課において支給額等の調整をすることを承諾します。

対象となる子ども	住 所	1 申請者と同住所 2 その他の住所 ( 松戸市 )		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日

# 記入例

## 第1号様式

### 松戸市養育医療に係る子ども医療費助成金交付申請書

令和8年4月1日

松戸市長 様

今日の日付

(申請者)

住所 松戸市松戸〇丁目〇番地の〇  
〇〇マンション〇〇号室

⇒父(母)  
※保険証の  
被保険者

フリガナ マツド タロウ

氏名 松戸 太郎

電話番号 000-1234-5678

松戸市養育医療に係る子ども医療費の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

併せて、松戸市長に対して、下記の者が受けた養育医療に係る子ども医療費助成金の受領に関する権限を委任します。

また、養育医療主管課および子ども医療主管課において支給額等の調整をすることを承諾します。

対象となる子ども	住所	1 申請者と同住所 2 その他の住所 (松戸市 )		
	フリガナ	マツド ミライ	生年月日	R8年4月1日
氏名	松戸 未来			