

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

氏名

生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		
住 所	松戸市		
電 話 番 号	()		
児童扶養手当の受給状況	有（ <input 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	有（ <input type="checkbox"/> 重度心身障害者（児）医療・ <input type="checkbox"/> その他_____）・無		
同居親族の有無	有（続柄：_____）・無		
生活保護受給の有無	有 ⇒対象外 ・ 申請中 ・ 無		
児 童 氏 名	続 柄	生 年 月 日	障 害 の 有 無
フリガナ		<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	有 ・ 無
フリガナ		<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	有 ・ 無
フリガナ		<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	有 ・ 無
フリガナ		<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	有 ・ 無
健康保険証	※健康保険証の写しを添付		
振込先金融機関	※通帳またはキャッシュカードの写しを添付		

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）