

第1号様式

### 松戸市子ども医療費助成申請書(受給券交付申請用)

(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。

申請年月日	令和 年 月 日		※該当項目に☑		
申請理由 ※添付書類を確認してください。	<input type="checkbox"/> 出生 ※加入予定保険証 (保護者)コピー添付	<input type="checkbox"/> 転入 ※加入済保険証(子ども)コピーを添付	<input type="checkbox"/> 生保廃止 ※生活保護証明書+加入済保険証(子ども)コピー添付	<input type="checkbox"/> その他	
配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有り → 下記①及び②の両方記入 <input type="checkbox"/> 無し → どれか一つに☑ ( <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚)				
保護者	申請者①		申請者② 左記以外【配偶者・同居の祖父母】		
氏名(署名)	フリガナ		フリガナ		
個人番号					
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	
現住所	松戸市		<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 他住所 ( )		
1月1日 住所地	本年	<input type="checkbox"/> 松戸市内 <input type="checkbox"/> 海外 → 【国名: 】 <input type="checkbox"/> 松戸市外 → 【市区町村名: 】	<input type="checkbox"/> 松戸市内 <input type="checkbox"/> 海外 → 【国名: 】 <input type="checkbox"/> 松戸市外 → 【市区町村名: 】		
	前年	<input type="checkbox"/> 松戸市内 <input type="checkbox"/> 海外 → 【国名: 】 <input type="checkbox"/> 松戸市外 → 【市区町村名: 】	<input type="checkbox"/> 松戸市内 <input type="checkbox"/> 海外 → 【国名: 】 <input type="checkbox"/> 松戸市外 → 【市区町村名: 】		
電話番号	- - (日中の連絡先)		- - (日中の連絡先)		

対象となる子ども(今回申請する子どものみ) ※中学校3年生までが対象です。

氏名	フリガナ	フリガナ	フリガナ
生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
申請者との続柄	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子以外 ( )	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子以外 ( )	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子以外 ( )
保険の種類	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険以外(社会保険・各共済組合等)		
被保険者名 ※健康保険証をご確認ください。	<input type="checkbox"/> 上記、申請者①・② <input type="checkbox"/> 上記、申請者①・②以外 → 必ず下記に署名・記入してください。		
	氏名(署名)	フリガナ	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
		現住所	年 月 日

.....【市記入欄】※申請者は記入しないでください。.....

窓口	<input type="checkbox"/> 不足書類無し	<input type="checkbox"/> 保険証のコピー <input type="checkbox"/> パスポート渡航履歴のコピー(海外転入の場合) <input type="checkbox"/> その他【 】	(職員メモ)
	<input type="checkbox"/> 不足書類有り → ※提出後に受給券発券		
処理	所得状況確認	非課税確認	転入日確認
	<input type="checkbox"/> 父連携有: 課・非・被・未・み・均 <input type="checkbox"/> 母連携有: 課・非・被・未・み・均 <input type="checkbox"/> 要情報連携: 父( )・母( )	<input type="checkbox"/> 自己負担額無料 ㊦	子 (R . . ) 父 (R . . ) 母 (R . . )