

### 松戸市子ども医療費受給資格登録変更届

(あて先) 松戸市長

下記のとおり子ども医療費助成受給登録の内容に変更がありますので、  
受給登録の変更及び子ども医療費助成受給券の変更を届け出ます。

受 付 印

**【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	<b>※該当項目に☑</b>			
申請者 (現保護者)	現住所	松戸市			
	氏名	フリガナ			
	電話番号	— — (日中の連絡先)			
対象となる子ども(今回届出する子どものみ) ※ <b>中学校3年生まで</b> が対象です。					
氏名 (旧氏名)	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	
生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <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 ( )	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子以外 ( )	
変更事由					
<input type="checkbox"/> 健康保険変更	子どもの新しい健康保険証のコピーを添付				
<input type="checkbox"/> 子どもの住所変更	<input type="checkbox"/> 上記申請者の住所と同じ <input type="checkbox"/> 他住所 → 松戸市【		令和 年 月 日以降郵送希望		
<input type="checkbox"/> 保護者のみ住所変更	対象保護者	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 転入 ( <input type="checkbox"/> 申請者の住所と同一 <input type="checkbox"/> 申請者の住所と相違 → 松戸市【				
<input type="checkbox"/> 子どもの氏名変更	<input type="checkbox"/> 姓のみ <input type="checkbox"/> 名のみ <input type="checkbox"/> 姓・名の両方				
	<input type="checkbox"/> 保護者の変更	<input type="checkbox"/> 保護者でなくなる方	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
【理由】		<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他			
<input type="checkbox"/> 新たに保護者となる方		ご署名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
		【理由】	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 養子 <input type="checkbox"/> その他		
1月1日住所地	【本年】 <input type="checkbox"/> 松戸市内 <input type="checkbox"/> 松戸市外 → 【市区町村名：】 <input type="checkbox"/> 海外				
1月1日住所地	【前年】 <input type="checkbox"/> 松戸市内 <input type="checkbox"/> 松戸市外 → 【市区町村名：】 <input type="checkbox"/> 海外				
【承諾書】本制度を利用する間、申請者の属する世帯の所得状況その他事務手続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、当該相当額を私に代わって請求することを承諾します。					
<input type="checkbox"/> 課税状況の変更	<input type="checkbox"/> 非課税世帯から課税世帯 (自己負担額が無料から200円) <input type="checkbox"/> 課税世帯から非課税世帯 (自己負担額が200円から無料)				

.....【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	(職員メモ)
	<input type="checkbox"/> 不足書類有り		<input type="checkbox"/> パスポート渡航履歴のコピー (海外転入の場合)	
	※提出後に受給券発券 <input type="checkbox"/> その他【			