【記入例】

受付印

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
続きに必要な情報を公簿等（マイナンバ
が確
す。また、
療養費
できるとき
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。

該当する☐には、全て✓を入れてください。

今日の日付

添付書類が無い場合、提出されるまで受給券は発券されません。後日提出される場合は、必ずご提出ください。

申請年月日	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日		※該当項目に☑ 添付書類と併せて提出。	
申請理由 ※添付書類を確認してください。	☑ 出生 ※加入予定保険証（保護者）コピー添付	☐ 転入 ※加入済保険証（子ども）コピーを添付	☐ 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	☐ その他
配偶者の有無	☑ 有り➡下記①及び②の両方記入　☐ 無し➡どれか一つに☑（☐ 離婚　☐ 死別　☐ 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）	ﾌﾘｶﾞﾅ マツド タロウ 松戸 太郎	ﾌﾘｶﾞﾅ マツド ハナコ 松戸 花子
個人番号	○○○○○○○○○○○○	○○○○○○○○○○○○
生年月日	☑ 昭和 ☐ 平成　○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	☑ 昭和 ☐ 平成　○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
現住所	松戸市 根本 387-5	☑ 同左　☐ 他住所（　）
1月1日住所地 本年	☑ 松戸市内　☐ 海外➡【国名：　】 ☐ 松戸市外➡【市区町村名：　】	☐ 松戸市内　☐ 海外➡【国名：　】 ☑ 松戸市外➡【市区町村名：○○○市】
1月1日住所地 前年	☐ 松戸市内　☑ 海外➡【国名：米国】 ☐ 松戸市外➡【市区町村名：　】	☐ 松戸市内　☐ 海外➡【国名：　】 ☑ 松戸市外➡【市区町村名：○○○市】
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	ﾌﾘｶﾞﾅ マツド ジロウ 松戸 次郎	ﾌﾘｶﾞﾅ	ﾌﾘｶﾞﾅ
生年月日	☐ 平成 ☑ 令和　○○年 ○○月 ○○日	☐ 平成 ☐ 令和　年 月 日	☐ 平成 ☐ 令和　年 月 日
申請者との続柄	☑ 子　☐ 子以外（　）	☐ 子　☐ 子以外（　）	☐ 子　☐ 子以外（　）
保険の種類	☑ 国民健康保険　☐ 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。				
	☐ 上記、申請者①・②　☑ 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）	ﾌﾘｶﾞﾅ マツド ソフタロウ 松戸 祖父太郎 ※ご署名いただくことで、本申請内容にご承諾いただいたものとみなします。	生年月日	☑ 昭和 ☐ 平成　○○年 ○○月 ○○日	
		現住所	根本 387-5	

健康保険証の被保険者名が申請者①又は②と異なる場合、被保険者の署名が必要です。

【本記入欄】※申請者は記入しないでください。

処理					（職員メモ）
	☐ 父連携有：課・非・被・未・み・均 ☐ 母連携有：課・非・被・未・み・均 ☐ 要情報連携：父（　）・母（　）	☐ 自己負担額無料 ㊞	転入日確認 子（R　.　.　） 父（R　.　.　） 母（R　.　.　）	転入元確認 ☐ 月内県内 ➡（翌月発券） ☐ 月内県外	