

子ども医療費助成登録申請書

年 月 日

(あて先)成田市長

申請者 (保護者)	住所	成田市		
	氏名			
	電話番号			

(記名押印に代えて署名することができます。)

子ども医療費の助成を受けたいので、受給資格の登録を申請します。

申請の事由		1 出生	2 転入(県内から・県外から)	3 その他 ()
子ども	フリガナ			
	氏名			
	個人番号			
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	性別	男・女	男・女	男・女
保護者の1月1日現在の住所		本年	成田市内・市外 (国内・海外) 父: 母:	
		前年	成田市内・市外 (国内・海外) 父: 母:	
世帯構成	氏名		個人番号	続柄
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			
	7			
	8			
加入医療保険	被保険者証等の写しを添付します。			
	1 国民健康保険 2 職場の健康保険・共済組合			

※処理欄

不足書類	健康保険証 ・ 課税所得証明書(年度 父 母) ・ 同意書 個人番号届出書() ・ その他()						
認定区分	対象	対象外	B	C	D	有効期間開始日	年 月 日
						受給券交付日	/ 郵送・窓口
受給者番号							
受付者	児童手当			番号確認		本人確認	
	有 無 (公務員 市外)			通・住・職		免・パ・障・精・在 保・年・児証・特児証	
個人番号カード							