

## 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							