

子ども医療費助成登録申請書

令和3年4月2日

(あて先)成田市長

申請者 (保護者)	住所	成田市 花崎町7777-7
	氏名	花崎 一郎
	電話番号	090-9999-9999

主たる生計維持者が申請してください。

(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 <input checked="" type="radio"/> 2 転入(県内から) 県外から <input type="radio"/> 3 その他 ()			
子ども	フリガナ	ハナザキ サクラ	ハナザキ タロウ	
	氏名	花崎 桜	花崎 太郎	
	個人番号	111111111111	222222222222	
	生年月日	平成23年1月1日	平成25年2月2日	
	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	<input checked="" type="radio"/> 男・女	
保護者の1月1日現在の住所	本年	成田市内 <input checked="" type="radio"/> 市外 (<input checked="" type="radio"/> 国内 海外)	父: <input type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 市 母: <input type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 町	
	前年	成田市内 <input checked="" type="radio"/> 市外 (<input checked="" type="radio"/> 国内 海外)	父: <input type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 市 母: <input type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 町	
世帯構成	氏名	個人番号	続柄	
	1	花崎 一郎	333333333333	父
	2	花崎 花子	444444444444	母
	3	花崎 梅子	555555555555	祖母
	4			
	5			
	6			
	7			
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 <input checked="" type="radio"/> 2 職場の健康保険・共済組合			

上に記入したお子さんを除く世帯員全員を記入してください。

※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			