

子ども医療費等助成登録申請書

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

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	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	性 別	男・女	男・女	男・女	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		1 国民健康保険		2 健康保険組合		3 共済組合	
		4 国保組合		5 船員保険		6 その他()	

※処理欄

不足書類	資格確認書等 ・ 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	0:対象 2:対象外 A B C			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	
						資・年・児証・特児証	
個人番号カード							