

記入例

子ども医療費等助成登録申請書

令和6年12月2日

対象となるお子さまの父または母が申請してください。

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

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	成田市に住民登録がある場合は記入不要		
	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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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	成田市に住民登録がある場合は記入不要	父
	2	花崎 花子		母
	3	花崎 梅子		祖母
	4			
	5			
	6			
	8			
加入医療保険	1 国民健康保険 <input checked="" type="radio"/> 2 健康保険組合 <input type="radio"/> 3 共済組合 <input type="radio"/> 4 国保組合 <input type="radio"/> 5 船員保険 <input type="radio"/> 6 その他 ()			

1月1日現在の住所が市外の場合は市区町村名まで記入してください。

上に記入したお子さまを除いた世帯員全員を記入してください。

お子さまが加入している医療保険の種別に○をつけてください。

※処理欄

不足書類	資格確認書等 ・ 課税所得証明書(年度) 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	
受給者番号	受給券交付日 / 郵送・窓口		
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	