

# 市川市子ども医療費助成登録申請書の郵送手続について

## ● 申請に必要な書類

- (1) 市川市子ども医療費助成登録申請書  
記載方法については、下記記載例をご覧ください。
- (2) お子さんの保険証のコピー
- (3) マイナンバーにかかる本人確認書類のコピー
  - ① 1点で確認できるもの(顔写真付で氏名・生年月日または住所が記載されたもの)  
個人番号カード、運転免許証、旅券(パスポート)等
  - ② 2点以上で確認できるもの(氏名・生年月日または住所が記載されたもの)  
健康保険証、国民年金手帳、官公署又は個人番号利用事務実施者・個人番号  
関係事務実施者から発行・発給された書類その他これに類する書類で氏名・  
生年月日または住所が記載されているもの等
- (4) 所得関係書類  
市川市子ども医療費助成登録申請書の所得確認欄に☑をいれてください。  
(※所得関係書類につきましては、下記のフローチャートでご確認ください。)

## ● 受給券の発送時期

受給券の発送時期は、申請受付日によって異なります。(お子様の住所宛に郵送します。)

申請受付日	受給券の発送時期	有効期間開始日
1日～15日	当月末	出生 →出生から有効期間開始 転入(海外転入なども含む) →ご申請の翌月1日から有効期間開始
16日～月末	翌月の中旬	出生 →出生から有効期間開始 転入(海外転入なども含む) →ご申請の翌月1日から有効期間開始

※受給券の申請日が7月1日以降でお子様が7月末までに出生した方は、受給券に印字される、有効期間開始日が8月1日となります。

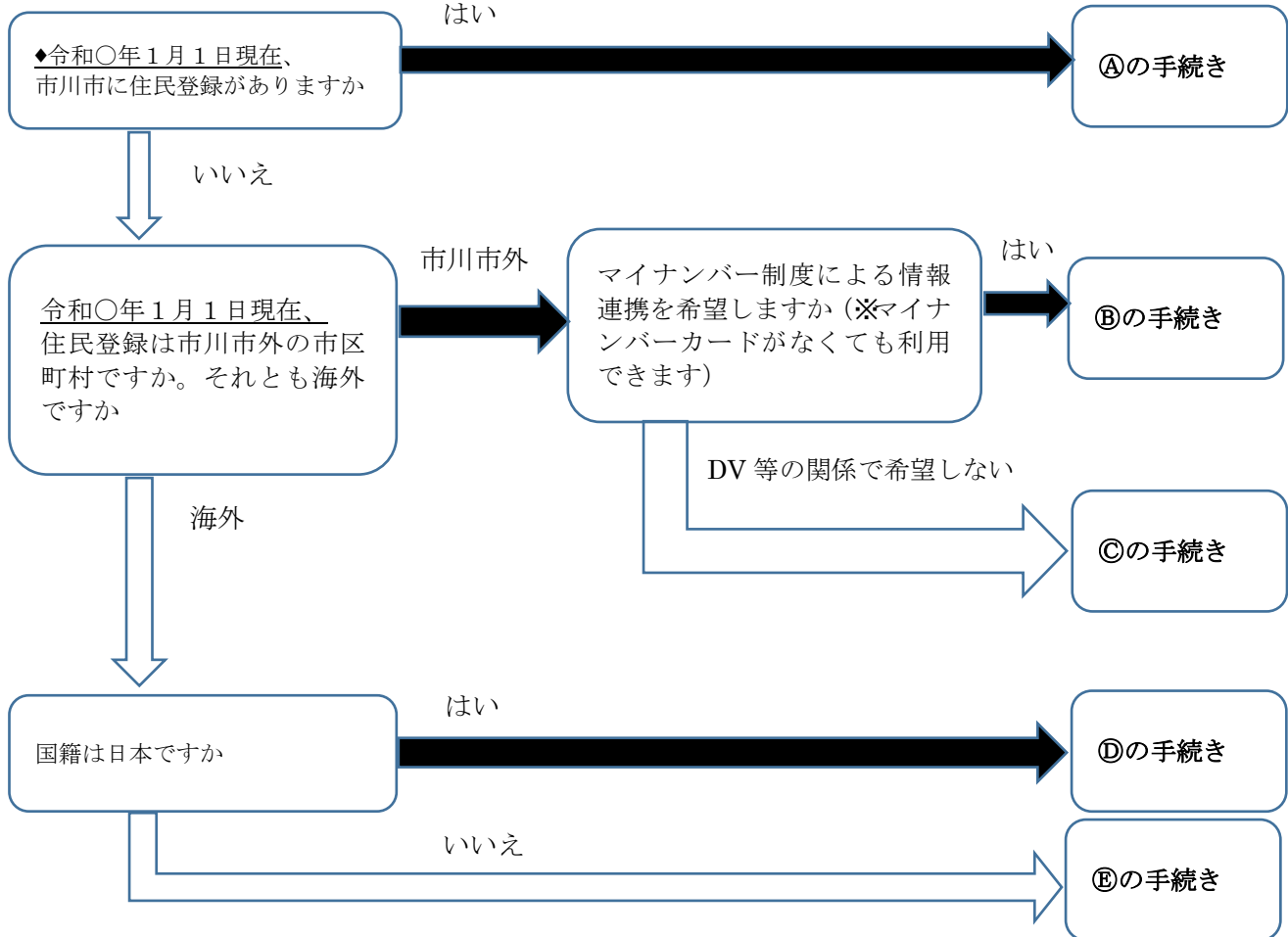
ご希望の方には、出生日から7月31日までの受給券を交付いたします。

## ● 所得及び住民税等確認フローチャート

(◆該当年度の1月1日の住民登録地で確認してください)

令和4年度の住民税等 令和4年1月1日の住民登録地

令和5年度の住民税等 令和5年1月1日の住民登録地



※㉑～㉕のいずれかにも該当しない方は、お手数ですが子育て給付課までお問合せください。

### ㉑の手続き (市川申告の方)

・住民税等の申告がお済ではない方は、市川市市民税課(TEL047-334-1111(代表))で申告手続きを行ってから提出をしてください。

・登録申請書の所得確認欄は、『市川申告』に☑をつけてください。

### ㉒の手続き (マイナンバー制度による、住民税情報等の照会を希望する方)

・市川市子ども医療費助成登録申請書に令和4年1月1日又は令和5年1月1日の住民登録地を記載してください。

・住民税等の申告がお済ではない方は、1月1日に住民登録があった市区町村で申告手続きを行ってから提出をしてください。

・住民登録地と異なる市区町村で課税されている場合は、課税地の住所を記入してください。

・登録申請書の所得確認欄は、『税照会』に☑をつけてください。

㉔の手続き（課税証明書または非課税証明書を提出する方）

・令和4年1月1日または令和5年1月1日に住所があった市区町村に請求し、課税証明書または非課税証明書の交付を受けてください。

（※令和5年度の証明書は6月中旬ごろに発行できます。）

・登録申請書の所得確認欄は、『その他（証明書）』と記載をして、をつけてください。

（※別途証明書を添付）

㉕の手続き（戸籍の附票（原本）（戸籍謄本・抄本ではありません）を提出する方）

・本籍地の市区町村に請求し、交付を受けてください。

・1通で保護者お二人が1月1日に海外にいることが確認できる場合、提出は1通で構いません。

※本籍地が市川市の方は、登録申請書の備考欄に『本籍地 市川市』とご記入ください。

（戸籍の附票の提出は不要です）

・登録申請書の所得確認欄は、『附票』にをつけてください。

（※別途戸籍の附票を添付）

㉖の手続き（パスポートの写しを提出する方）

・顔写真のページと、出入国スタンプがあるページのコピーをご提出ください。

・登録申請書の所得確認欄は、『パスポート』にをつけてください。

（※別途パスポートの写しを添付）

・現在海外に居住しており、これまでに日本に一度も住民登録を置かれたことのない方は、登録申請書所得確認欄の『日本に一度も住登なし』にを入れてください。

その他ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

【 問い合わせ先 】

市川市 子育て給付課 医療費助成グループ

〒272-8501 市川市八幡1丁目1番1号

☎ 047-712-8539

二人親

市川市子ども医療費助成登録申請書（記載例）

申請日 〇〇 年 〇 月 〇 日

市川市長

下記の通り、監護をしている児童について市川市子ども医療費助成に係る、登録申請書を提出します。  
また市川市子ども医療費の支給に当たり、所得の状況等を公簿等で確認することに同意します。

申請者及び配偶者等のマイナンバー制度による情報連携を希望しない場合はチェックしてください。 →

希望しない場合は、市の指定する年度の住民税課税証明書等を提出します。

保護者（申請者）	フリガナ	イチカワ タロウ			電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇				
	氏名	市川 太郎			生年月日	1990 年 〇 月 〇 日				
	住所	市川市八幡1-1-1			個人番号					
	前年の1月1日の住所	1.市川市内 2.国外（国名：） <input checked="" type="radio"/> 3.市外（市区町村名： 〇〇県〇〇市）			今年の1月1日の住所	<input checked="" type="radio"/> 1.市川市内 2.国外（国名：） 3.市外（市区町村名：）				
	配偶者等の状況 保護者（配偶者等） 未記入の場合	〔 <input type="checkbox"/> 離婚（日付：） <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他（） 〕								
保護者（配偶者等）	フリガナ	イチカワ ハナコ			電話番号	▲▲▲ - ▲▲▲▲ - ▲▲▲▲				
	氏名	市川 花子			生年月日	1992 年 〇 月 〇 日				
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他（）			個人番号					
	前年の1月1日の住所	1.市川市内 2.国外（国名：） <input checked="" type="radio"/> 3.市外（市区町村名： 〇〇県〇〇市）			今年の1月1日の住所	<input checked="" type="radio"/> 1.市川市内 2.国外（） 3.市外（市区町村名：）				
対象となる子ども	氏名①	市川 一郎		生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日		住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他（）		
	氏名②			生年月日	年 月 日		住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他（）		
	氏名③			生年月日	年 月 日		住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他（）		
	氏名④			生年月日	年 月 日		住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他（）		
振込口座	金融機関	〇〇銀行			銀行 金庫 信組	支店コード	1 2 3	支店名	八幡	本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 出張所
	口座番号(普通) (右詰で記入)	1	2	3	4	5	6	7	口座名義 (カタカナ)	イチカワ タロウ
加入医療保険	保険者名	保険証の写しを添付				被保険者氏名 (組合員)				
	保険者番号	記号		番号		資格取得 年月日				
※加入医療保険については、保険証（子どもが加入する保護者の保険証でも可）の写しを提出していただければ、記載は不要です。										

※にご自身でチェックをしてください。（記載例参照）

申請者 R5.1.1	<input type="checkbox"/> 市川申告	<input checked="" type="checkbox"/> 税照会	<input type="checkbox"/> 扶養	<input type="checkbox"/> 附票	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 日本に一度も住登なし	<input type="checkbox"/> その他（）	
申請者 R6.1.1	<input checked="" type="checkbox"/> 市川申告	<input type="checkbox"/> 税照会	<input type="checkbox"/> 扶養	<input type="checkbox"/> 附票	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 日本に一度も住登なし	<input type="checkbox"/> その他（）	
配偶者等 R5.1.1	<input type="checkbox"/> 市川申告	<input checked="" type="checkbox"/> 税照会	<input type="checkbox"/> 扶養	<input type="checkbox"/> 附票	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 日本に一度も住登なし	<input type="checkbox"/> その他（）	
配偶者等 R6.1.1	<input checked="" type="checkbox"/> 市川申告	<input type="checkbox"/> 税照会	<input type="checkbox"/> 扶養	<input type="checkbox"/> 附票	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 日本に一度も住登なし	<input type="checkbox"/> その他（）	
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 → [ <input type="checkbox"/> 離婚前提 ] <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 職権記載 <input type="checkbox"/> その他（）							
児童手当	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 → [ <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 高校生 <input type="checkbox"/> 請求者が他市 <input type="checkbox"/> その他（） ]							
備考								受付者

ひとり親

## 市川市子ども医療費助成登録申請書（記載例）

申請日 〇〇 年 〇 月 〇 日

市川市長

下記の通り、監護をしている児童について市川市子ども医療費助成に係る、登録申請書を提出します。  
また市川市子ども医療費の支給に当たり、所得の状況等を公簿等で確認することに同意します。

申請者及び配偶者等のマイナンバー制度による情報連携を希望しない場合はチェックしてください。 → 

希望しない場合は、市の指定する年度の住民税課税証明書等を提出します。

保護者（申請者）	フリガナ	ギョウトク シズカ		電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇								
	氏名	行徳 静香		生年月日	1992 年 〇 月 〇 日								
	住所	市川市末広1-1-31		個人番号									
	前年の1月1日の住所	1.市川市内 2.国外（国名：） ③市外（市区町村名： 〇〇県〇〇市）		今年の1月1日の住所	1.市川市内 2.国外（国名：） ③市外（市区町村名： 〇〇県〇〇市）								
	配偶者等の状況 保護者（配偶者等） 未記入の場合	〔 <input checked="" type="checkbox"/> 離婚（日付：令和〇年〇月〇日） <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他（ ） 〕											
保護者（配偶者等）	フリガナ			電話番号	- -								
	氏名			生年月日	年 月 日								
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他（ ）		個人番号									
	前年の1月1日の住所	1.市川市内 2.国外（国名：） 3.市外（市区町村名：）		今年の1月1日の住所	1.市川市内 2.国外（ ） 3.市外（市区町村名：）								
対象となる子ども	氏名①	行徳 まる子		生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日			住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	氏名②			生年月日	年 月 日			住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	氏名③			生年月日	年 月 日			住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	氏名④			生年月日	年 月 日			住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他（ ）				
振込口座	金融機関	▲▲銀行		銀行 金庫 信組	支店コード	9 9 9			支店名	行徳			本店 支店 出張所
	口座番号(普通) (右詰で記入)	1	2	3	4	5	6	7	口座名義 (カタカナ)	ギョウトク シズカ			
加入医療保険	保険者名	保険証の写しを添付			被保険者氏名 (組合員)								
	保険者番号	記号		番号	資格取得 年月日								
※加入医療保険については、保険証（子どもが加入する保護者の保険証でも可）の写しを提出していただければ、記載は不要です。													

※にご自身でチェックをしてください。（記載例参照）

申請者 R5.1.1	<input type="checkbox"/> 市川申告	<input checked="" type="checkbox"/> 税照会	<input type="checkbox"/> 扶養	<input type="checkbox"/> 附票	<input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 日本に一度も住登なし	<input type="checkbox"/> その他（ ）							
申請者 R6.1.1	<input type="checkbox"/> 市川申告	<input checked="" type="checkbox"/> 税照会	<input type="checkbox"/> 扶養	<input type="checkbox"/> 附票	<input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 日本に一度も住登なし	<input type="checkbox"/> その他（ ）							
配偶者等 R5.1.1	<input type="checkbox"/> 市川申告	<input type="checkbox"/> 税照会	<input type="checkbox"/> 扶養	<input type="checkbox"/> 附票	<input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 日本に一度も住登なし	<input type="checkbox"/> その他（ ）							
配偶者等 R6.1.1	<input type="checkbox"/> 市川申告	<input type="checkbox"/> 税照会	<input type="checkbox"/> 扶養	<input type="checkbox"/> 附票	<input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 日本に一度も住登なし	<input type="checkbox"/> その他（ ）							
申請理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input checked="" type="checkbox"/> 転入 → [ <input type="checkbox"/> 離婚前提 ] <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 職権記載 <input type="checkbox"/> その他（ ）												
児童手当	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 → [ <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 高校生 <input type="checkbox"/> 請求者が他市 <input type="checkbox"/> その他（ ） ]												
備考												受付者	