

市川市子ども医療費助成登録申請書

記入例

令和〇〇年〇〇月〇〇日

市川市長

子ども医療費の助成を受けたいので、市長の登録を申請します。

（保 申請者） 者	住所	〒272-8501 市川市八幡1-1-1 〇〇マンション〇〇〇号	1月1日現在の住所	申請時と異なる場合のみ、令和3年1月1日現在の住民登録地を市区町村名まで記入してください。			
	フリガナ	ヤワタ タロウ	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇			
	氏名	八幡 太郎	個人番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇			
（保 配偶者等） 者	住所	〒 同上	1月1日現在の住所	申請時と異なる場合のみ、令和3年1月1日現在の住民登録地を市区町村名まで記入してください。			
	フリガナ	ヤワタ ハナコ	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇			
	氏名	八幡 花子	個人番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇			
子 ど も	住所	〒 同上	生年月日	令和 〇〇年〇〇月〇〇日 個人番号を受取る前で不明の場合は、記入不要です。			
	フリガナ	ヤワタ イチロウ	個人番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇			
	氏名	八幡 一郎	個人番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇			
振 込 口 座	金融機関名	市川 銀行・信用金庫・農協	金融機関コード	〇 〇 〇 〇			
	支店名	本八幡 支店・出張所	支店コード	〇 〇 〇			
	口座番号	1234567	預金種別	普通・貯蓄			
	フリガナ 口座名義人	ヤワタ タロウ 八幡 太郎					
加 入 医 療 保 険	保険者名	〇〇健康保険組合					
	保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇					
	保険種別	1 社保 2 国保 3 国保組合 4 その他					
	被保険者 (組合員)氏名	八幡 太郎					
	記号番号	〇〇〇-〇〇〇〇〇					
	資格取得 年月日	平成・令和〇〇年〇〇月〇〇日					
住民税等確認承諾書							
市が、子ども医療費の助成に係る自己負担金の算定に必要な私の世帯の住民税の額及び千葉県子ども医療費助成事業補助金交付要綱（昭和52年千葉県告示第658号）第4条に規定する申請に必要な私の世帯の所得を、これらの事務が行われている間、確認することを承諾します。ただし、公簿等で確認できない場合については、市の指定する年度の住民税課税証明書等を提出します。							
申請者氏名			八幡 太郎				
配偶者等氏名			八幡 花子				

- 保護者が偽りその他不正な手段により、登録若しくは助成の決定を受け、又は既に助成金の交付を受けたときは、登録若しくは助成の決定を取り消し、又は既に交付した助成金の全部若しくは一部を返還しなければならないことがあります。
- 医療費助成を受けた後に国民健康保険法又は医療保険各法の規定により高額療養費の支給又は附加給付を受けたことにより助成する額に変更が生じたときは、速やかに、市川市に申し出て、精算をしなければなりません。
- 特例適用配当・利子、条約適用配当・利子等の所得がある場合には申し出が必要です。
- 外国税額控除、配当控除、住宅借入金等特別控除、寄附金税額控除がある場合には申し出が必要です。

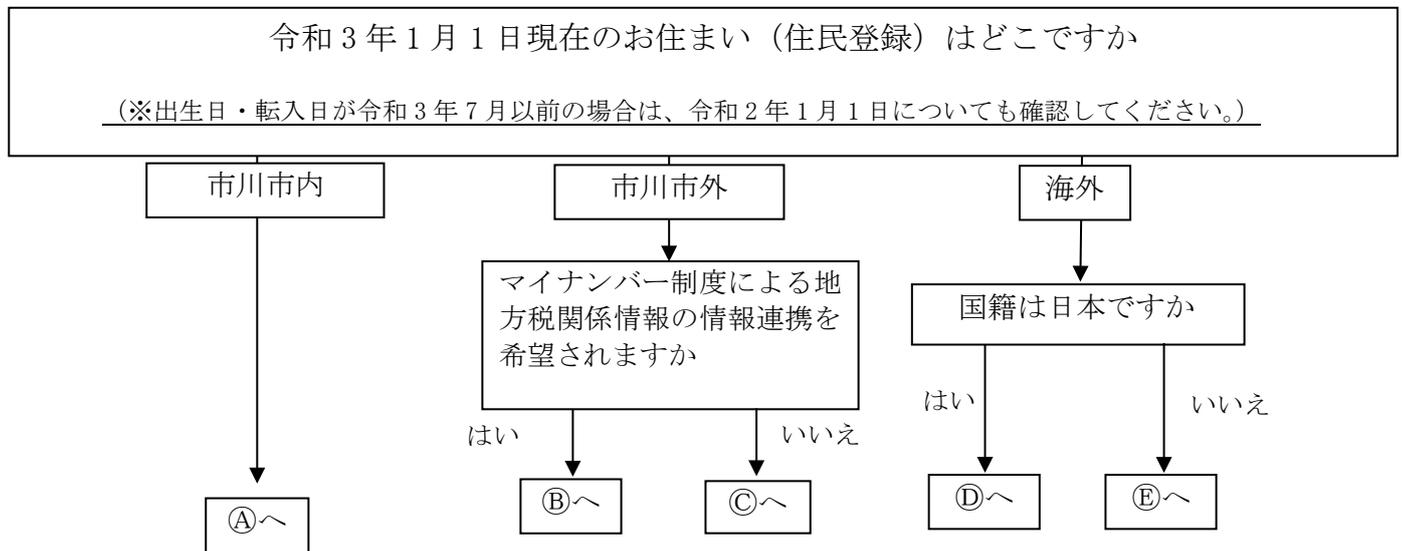
※所得関係書類確認表 □にご自分でチェックしてください。

	基準日住登	
申請者	<input type="checkbox"/> R2. 1. 1市川市に住民登録あり	※ 所得の申告がお済みでない方は、申告してください
	<input type="checkbox"/> R2. 1. 1市川市に住民登録なし	<input type="checkbox"/> マイナンバーによる地方税関係情報の情報連携を希望する（H31. 1. 1の住所：） <input type="checkbox"/> 課税（所得）証明書 <input type="checkbox"/> 戸籍附票（本籍 市川市） <input type="checkbox"/> 戸籍附票（本籍 市川市外） <input type="checkbox"/> 扶養 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 日本に住民登録したことない
	<input type="checkbox"/> R3. 1. 1市川市に住民登録あり	※ 所得の申告がお済みでない方は、申告してください
	<input checked="" type="checkbox"/> R3. 1. 1市川市に住民登録なし	<input checked="" type="checkbox"/> マイナンバーによる地方税関係情報の情報連携を希望する。 <input type="checkbox"/> 課税（所得）証明書 <input type="checkbox"/> 戸籍附票（本籍 市川市） <input type="checkbox"/> 戸籍附票（本籍 市川市外） <input type="checkbox"/> 扶養 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 日本に住民登録したことない
配偶者等	<input type="checkbox"/> R2. 1. 1市川市に住民登録あり	※ 所得の申告がお済みでない方は、申告してください
	<input type="checkbox"/> R2. 1. 1市川市に住民登録なし	<input type="checkbox"/> マイナンバーによる地方税関係情報の情報連携を希望する（H31. 1. 1の住所：） <input type="checkbox"/> 課税（所得）証明書 <input type="checkbox"/> 戸籍附票（本籍 市川市） <input type="checkbox"/> 戸籍附票（本籍 市川市外） <input type="checkbox"/> 扶養 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 日本に住民登録したことない
	<input type="checkbox"/> R3. 1. 1市川市に住民登録あり	※ 所得の申告がお済みでない方は、申告してください
	<input checked="" type="checkbox"/> R3. 1. 1市川市に住民登録なし	<input type="checkbox"/> マイナンバーによる地方税関係情報の情報連携を希望する <input type="checkbox"/> 課税（所得）証明書 <input type="checkbox"/> 戸籍附票（本籍 市川市） <input checked="" type="checkbox"/> 戸籍附票（本籍 市川市外） <input type="checkbox"/> 扶養 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 日本に住民登録したことない

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
記入箇所については、記入例をご覧ください。
- (2) 健康保険証のコピー
お子さんの保険証のコピー
(または、お子さんが加入する予定の父母どちらかの健康保険証でも可)
- (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関係書類確認表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。)



【必要書類】

① 提出書類はありません。市川市市民税課に所得の申告がお済みではない場合は、申告が確認できてから受給券を発送します。

② 市川市子ども医療費助成登録申請書に、令和3年1月1日に住所があった市区町村を記入してください。

※ 申告がお済みでない方は、令和3年1月1日に住所があった市区町村で申告をしてください。

※ 住民登録地と異なる市区町村で課税されている場合は、令和3年1月1日の住所欄に課税地の住所を記入してください。

◎令和3年度 住民税課税証明書（令和3年度所得証明書）（原本1通）をご提出ください。
※令和3年1月1日に住所があった市区町村に請求し、交付を受けてください。

①戸籍の附票（原本）（戸籍謄本・抄本ではありません）をご提出ください。
※申請書、配偶者両方で戸籍の附票（原本）が必要な場合は、1通でお二人の内容が確認できる場合、提出は1通で構いません。
※本籍地の市区町村に請求し、交付を受けてください。
※本籍地が市川市の方は、□戸籍附票（本籍 市川市）にチェックしてください。（戸籍の附票の提出は不要です）。

②パスポートのコピーをご提出ください。
※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。
※現在海外に居住しており、これまでに日本に住民登録を置かれたことのない方は、□日本に住
民登録したことないにチェックしてください。（パスポートのコピーの提出は不要です）。

◆ 受給券の送付時期

受給券の送付時期は、申請書が市川市役所に届いた日によって、下記ようになります。

送付時期の目安

毎月 1日～15日申請(必着)分・・・申請した月の月末に発送(予定)

毎月16日～月末申請(必着)分・・・申請した翌月の中旬に発送(予定)

◆ 里帰り出産等により、一時的に市川市外にお住まいの方へ

受給券の送付先は、原則として市川市の住所（住民票の住所）です。

その他の住所（里帰り先など）への送付をご希望の場合は、お手数ですが送付先の住所氏名を記入した封筒を、申請書と一緒に送ってください。簡易書留での郵送を推奨します。

【郵送先】

市川市 こども福祉課 医療費助成担当
〒272-8501 市川市八幡1丁目1番1号

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 こども福祉課 医療費助成担当
〒272-8501 市川市八幡1丁目1番1号
☎ 047-334-1111（市役所代表）