様式1号（第5条関係）　　（ダウンロード用）

市川市子ども医療費助成登録申請書

申請日　　年　　月　　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		電話番号	－　－
	氏名		生年月日	年　月　日
	住所		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（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	〔 □離婚（日付：　）　□未婚　□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	□ 申請者と同じ □ 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		生年月日	年　月　日	住所 □ 申請者と同じ □ その他（　）
	氏名②		生年月日	年　月　日	住所 □ 申請者と同じ □ その他（　）
	氏名③		生年月日	年　月　日	住所 □ 申請者と同じ □ その他（　）
	氏名④		生年月日	年　月　日	住所 □ 申請者と同じ □ その他（　）

振込口座	金融機関		銀行 金庫 信組	支店コード		支店名	本店 支店 出張所
	口座番号(普通) （右詰で記入）		口座名義 （カタカナ）				

加入医療保険	保険者名			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	□ 市川申告	□ 税照会	□ 扶養	□ 附票	□ パスポート □ 日本に一度も住登なし	□ その他（　）
申請者 R6.1.1	□ 市川申告	□ 税照会	□ 扶養	□ 附票	□ パスポート □ 日本に一度も住登なし	□ その他（　）
配偶者等 R5.1.1	□ 市川申告	□ 税照会	□ 扶養	□ 附票	□ パスポート □ 日本に一度も住登なし	□ その他（　）
配偶者等 R6.1.1	□ 市川申告	□ 税照会	□ 扶養	□ 附票	□ パスポート □ 日本に一度も住登なし	□ その他（　）
申請理由	□ 出生　□ 転入 ➡［□ 離婚前提］		□ 生保廃止	□ 職権記載	□ その他（　）	
児童手当	□ 有　□ 無 ➡〔 □ 公務員		□ 高校生	□ 請求者が他市	□ その他（　）〕	
備考					受付者	