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）こどもの保険情報のわかるもの
資格確認書・マイナポータルの保険情報の画面
※こどもが加入する予定の保護者の健康保険情報がわかるものでも可

（３）マイナンバーにかかる本人確認書類のコピー(保護者のもの)
個人番号カード、運転免許証、旅券（パスポート）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。（こどもの住所宛に郵送します。）

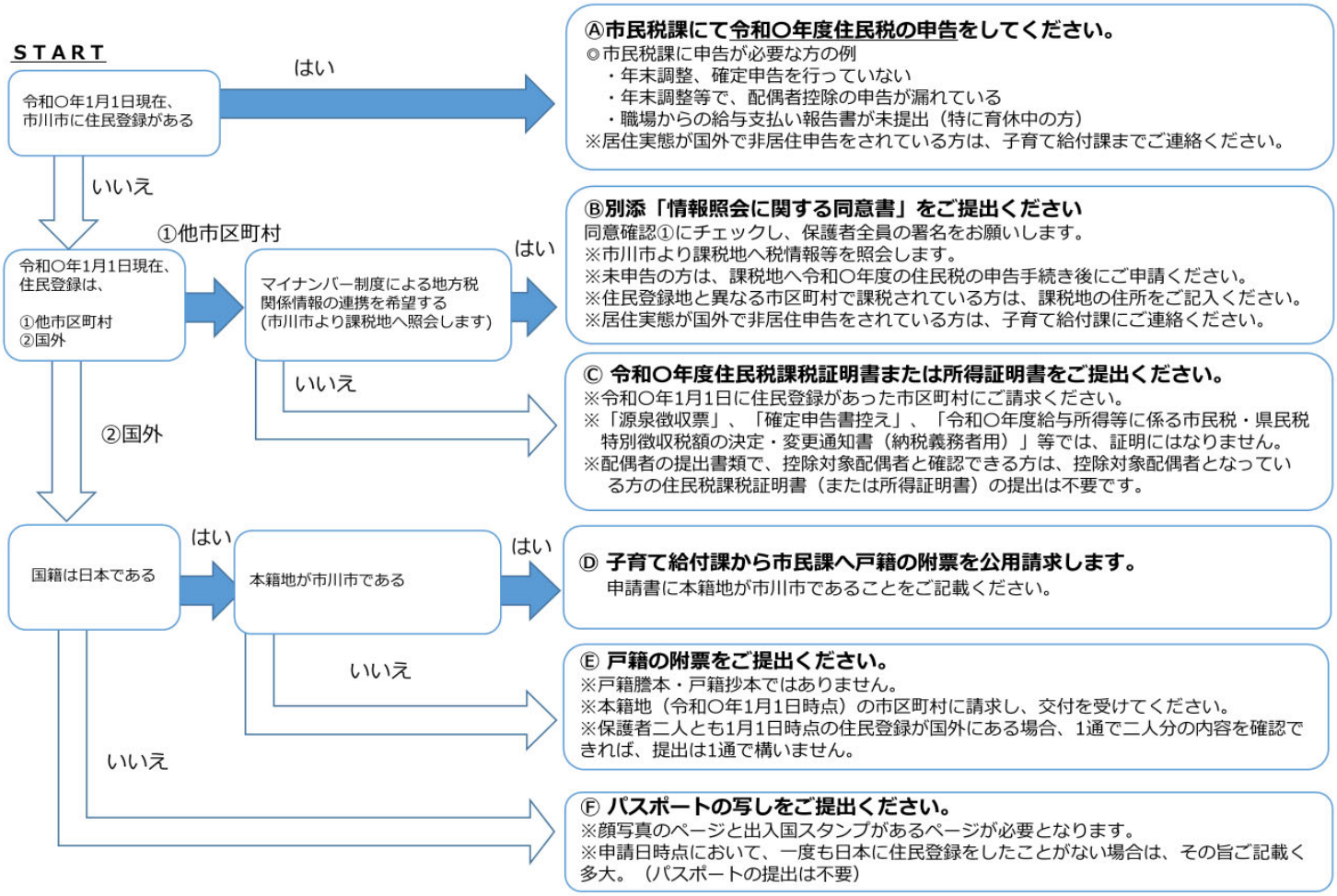
申請受付日	受給券の発送時期	有効期間開始日
1 日～15 日	当月末	出生 →出生から有効期間開始 転入（海外転入なども含む） →ご申請の翌月 1 日から有効期間開始
16 日～月末	翌月の中旬	出生 →出生から有効期間開始 転入（海外転入なども含む） →ご申請の翌月 1 日から有効期間開始

※受給券の申請日が 7 月 1 日以降で出生日が７月末までのこどもは、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７年度の住民税等　令和７年１月１日の住民登録地（令和７年８月～令和８年７月末までの医療費）

令和８年度の住民税等　令和８年１月１日の住民登録地（令和８年８月～令和９年７月末までの医療費）



Ⓐ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。

Ⓑ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７年１月１日又は令和８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。

Ⓒの手続き（課税証明書または所得証明書を提出する方）

・令和７年１月１日または令和８年１月１日に住所があった市区町村に請求し、課税証明書または所得証明書の交付を受けてください。

・登録申請書の所得確認欄は、「その他(証明書)」と記載し、☑をつけてください。(※別途証明書を添付)

Ⓓの手続き（本籍地が市川市の方）

・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。

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

・本籍地の市区町村に請求し、交付を受けてください。

・1 通で保護者二人が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。

・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）

Ⓕ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

様式1号（第5条関係）　　（ダウンロード用）

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：　） 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：　）	
	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	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	☑ 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：〇〇県〇〇市）	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	市川　一郎	生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 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	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 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 R7.1.1	☐ 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 R8.1.1	☑ 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 R7.1.1	☐ 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 R8.1.1	☑ 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		

様式1号（第5条関係）　　（ダウンロード用）

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	〔 ☑離婚（日付：令和〇年〇月〇日　）　☐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	行徳　まる子	生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 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	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 R7.1.1	☐ 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 R8.1.1	☐ 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 R7.1.1	☐ 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 R8.1.1	☐ 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		