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	
	※資格確認書等（子どもが加入する保護者のものでも可）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	