

柏市子ども医療費助成資格登録変更届・子ども医療費助成受給券変更申請書
(氏変更・保険証変更・保護者変更)

令和 5 年 4 月 1 日

柏市長あて

申請者 (現保護者)	住所	柏市 柏5-10-1		
	氏名	田中 花子 (お子様との続柄 母)		
	電話	(日中の連絡先) 090-0000-0000		
対象児童	氏名	柏 一郎	氏名	柏 礼子
	生年月日	Ⓔ・R 25 年 4 月 1 日	生年月日	H・Ⓔ 2 年 3 月 31 日
	氏名		氏名	
	生年月日	H・R 年 月 日	生年月日	H・R 年 月 日

下記のとおり子ども医療費助成受給登録の内容に変更が生じたので、受給登録の変更及び子ども医療費助成受給券の変更を申請します。なお、この申請に係る審査のために、柏市が所得及び課税状況を公簿及び個人番号を用いた情報連携等により確認することに同意します。

記

変更する項目に☑をつけ、内容をご記入ください。

変更項目	内 容				
<input checked="" type="checkbox"/> 子どもの氏名	旧	柏	新	田中	
<input type="checkbox"/> 保護者の変更	<input type="checkbox"/> 保護者でなくなる方		生年月日	S・H 年 月 日	
	理由	<input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	<input type="checkbox"/> 新たに保護者になる方	フリガナ		生年月日	S・H 年 月 日
		氏名		※1 1月1日 住所地	<input type="checkbox"/> 柏市 <input type="checkbox"/> 市外(市・区・町・村) <input type="checkbox"/> 海外⇒渡航履歴が確認できるもの
		電話		※2 前年の 1月1日 住所地	※3 マイナ ンバー
理由	<input type="checkbox"/> 柏市 <input type="checkbox"/> 市外(市・区・町・村) <input type="checkbox"/> 海外⇒渡航履歴が確認できるもの			現住所が柏市外の場合のみご記入ください 	
<input type="checkbox"/> 健康保険	<input type="checkbox"/> 婚姻の為 <input type="checkbox"/> 事実婚の為 <input type="checkbox"/> 養子 <input type="checkbox"/> その他 ()				
<input type="checkbox"/> 健康保険	子どもの新しい健康保険証のコピーを添付				

※ 変更内容によって、別途ご提出いただく書類が必要になる場合はご連絡いたします。
 ※1 「1月1日住所地」とは・・・1月1日に住民票のあった市区町村です。
 ※2 7月以前に転入、出生の場合は、前年の1月1日に住民票のあった市区町村についてもご記入ください。
 ※3 「マイナンバー」は現住所が柏市外の場合必要になります。裏面もご覧ください。

※市記入欄 ひ医喪失日 R 年 月 |