

柏市子ども医療費助成登録申請書

柏市長あて

こども福祉課

次のとおり申請します。なお、この申請に係る
公簿及びマイナンバーを用いた情報連携等

記入例

税状況を

※ 太枠の中のみご記入ください

提出年月日

令和 ○年 ○月 ○日

申請理由		1 出生 2 転入 県内・県外 海外) 3 その他()			
申請者 (保護者)	住所	柏市 柏5-10-1			
	フリガナ	カシワ タロウ	今年の 1/1住所地	1 柏市 2 東京都台東市・区 町・村	
	氏名	柏 太郎	昨年の 1/1住所地	1 柏市 2 東京都台東市・区 町・村	
			個人番号※		
	生年月日	S・H 56年 4月 10日	※現在、住民票が柏市外のかたは、マイナンバー(個人番号)をご記入の上、次の書類のコピーをご提出ください。 ①マイナンバー確認書類 ②身分証明書 詳しくは裏面をご確認ください。		
	電話番号	04 - 7167 - 1111			
配偶者	1 有 2 無				
申請者の 配偶者	住所	1 申請者と同じ 2 その他()			
	フリガナ	カシワ ハナコ	今年の 1/1住所地	1 柏市 2 東京都台東市・区 町・村	
	氏名	柏 花子	昨年の 1/1住所地	1 柏市 2 東京都台東市・区 町・村	
			個人番号※		
	生年月日	S・H 62年 12月 1日	※現在、住民票が柏市外のかたは、マイナンバー(個人番号)をご記入の上、次の書類のコピーをご提出ください。 ①マイナンバー確認書類 ②身分証明書 詳しくは裏面をご確認ください。		
電話番号	04 - 7167 - 1111				
対象児童 0歳から 高校3年生 相当までの 年齢のかた	住所	1 申請者と同じ 2 その他()	1 申請者と同じ 2 その他()	1 申請者と同じ 2 その他()	
	フリガナ	カシワ イチロウ	カシワ レイコ		
	氏名	柏 一郎	柏 礼子		
	生年月日	H・R 元年 5月 1日	H・R 2年 8月 24日	H・R 年 月 日	

※対象児童は、在学の有無は問いません。ただし、婚姻している児童は対象外です。

《担当課使用欄》 (窓口・郵送)

1 添付書類

① お子様の健康保険証コピー □ 有 ・ □ 後日送付 ・ □ 保険証情報確認書(マイナ保険証の場合)	こども台帳入力 □ □ 不備・不足書類等管理
② 年度 課税証明書 (①所得額 ②扶養人数 ③控除額 ④税額の確認) □ 有 ・ □ 不要 ・ 後日送付() □ 個人番号による情報連携で取得 ⇒ 1/1住所地の記入必須	
③ マイナンバー確認書類コピー・本人確認書類コピー (柏市以外に在住の場合) □ 父 ・ □ 母	情報連携 □ 年度 税 父・母 宛番登録 父・母
④ パスポート写し(1/1海外の場合) □ 父 ・ □ 母	
⑤ その他()	

2 児童手当の申請

□ 有 ・ □ 無

□ 公務員
□ その他 ()

3 備考・特記事項

収受印