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，この申請に係る状況を公簿及びマイナンバーを用いた情報連携等

記入例

※ 太枠の中のみご記入ください	
出年月日	令和 6年 12月 12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 お子様の医療保険加入情報が確認できるもの □ 有 ・ □ 後日送付	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