

**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 年 月 日

柏市長あて

申請者 (現保護者)	住所	柏市		
	氏名	(お子様との続柄 )		
	電話	(日中の連絡先)		
対象児童	氏名		氏名	
	生年月日	H・R 年 月 日	生年月日	H・R 年 月 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 type="checkbox"/> 子どもの氏名	旧		新		
<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
		※2 前年の 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	※3 マイナ ンバー	現住所が柏市外の場合のみご記入ください
理由	<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 |

※ 柏市に住民票がない方は表面に「マイナンバー」をご記入の上、下記の書類を添付してください。

【マイナンバー確認書類(写し)貼付欄】

申請者	配偶者 または 同居の親族等
カードサイズの貼り付け場所 (A4サイズなどは貼り付けずに同封してください)	カードサイズの貼り付け場所 (A4サイズなどは貼り付けずに同封してください)

《マイナンバー確認書類とは》

下記のうちいずれか1点

マイナンバーカード、通知カード、マイナンバー入りの住民票の写しや住民記載事項証明書

【身分証明書(写し)貼付欄】

申請者	配偶者 または 同居の親族等
カードサイズの貼り付け場所 (A4サイズなどは貼り付けずに同封してください)	カードサイズの貼り付け場所 (A4サイズなどは貼り付けずに同封してください)

《身分証明書とは》

1. 1点の添付でよいもの

運転免許証、マイナンバーカード(個人番号カード)、パスポート、宅地建物取引主任者証、電気工事士免状、無線従事者免許証、住民基本台帳カード(顔写真付)など、官公署が発行した資格証明書等で顔写真付きのもの

2. 1を添付できない場合は、次のもの2点以上。(A+B) または (A+A)

「B」の場合は、あわせて口頭による質問(複数)をさせていただく場合があります。

注:「通知カード」は「本人確認の際の身分証明書」としては利用できません。

2の場合の添付物

A 健康保険被保険者証、介護保険被保険者証、共済組合員証、国民年金手帳、厚生年金手帳、

住民基本台帳(写真なし)など、官公署が発行した資格証明書で顔写真のついていないもの

B 学生証、社員証、法人(国、地方公共団体を除く)が発行した身分証 等

【お問い合わせ先・送付先】

柏市 こども福祉課 児童手当・子ども医療費給付窓口

〒277-8505 柏市柏5-10-1

☎04-7128-9923(直通)