

( 窓口 ・ 郵送 )

こども福祉課

※ 太枠の中のみご記入ください

### 柏市子ども医療費助成登録申請書

提出年月日 令和 年 月 日

柏市長あて

次のとおり、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。

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		
	フリガナ	※市外在住のかたは※①をご記入ください。 ※該当する場合は①本人確認書類②個人番号確認書類を添付してください		
	氏 名	今年の 1/1住所地	1 柏市 2 ( )市・区・町・村	
	生年月日	S・H 年 月 日	1 柏市 3 ( )市・区・町・村	昨年の 1/1住所地
	電話番号	- -	個人番号※①	
	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	※市外在住のかたは※①をご記入ください。 ※該当する場合は①本人確認書類②個人番号確認書類を添付してください		
	氏 名	今年の 1/1住所地	1 柏市 2 ( )市・区・町・村	
	生年月日	S・H 年 月 日	1 柏市 3 ( )市・区・町・村	昨年の 1/1住所地
	電話番号	- -	個人番号※①	
対象児童	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			
	氏 名			
	生年月日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日

※対象児童は、乳幼児から高校3年生相当の年齢の児童を指します。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。

※ 市記入欄

1 添付書類

① お子様の健康保険証 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 後日送付
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) <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 不要 ・ 後日送付( ) <input type="checkbox"/> 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 パスポート(1/1海外の場合) <input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母
④ マイナンバー(柏市以外に在住の場合) <input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母
⑤ その他( )

2 児童手当の申請  有 ・  無

公務員  
 その他 ( )

<市確認事項>

※ 個人番号を記入された場合は、厳格な①身元確認と②番号確認が必要。  
(確認に利用した以下の書類に○をしてください。書類の写しは添付不要。)

①身元確認…いずれか1点(個人番号カード、運転免許証、パスポート、官公署から発行された写真付きの書類)  
いづれか2点(健康保険証、年金手帳、官公署から発行された写真がない書類)

②番号確認…いずれか1点(個人番号カード、通知カード、個人番号入りの住民票の写しや住民記載事項証明書)