

戸田市 [児童手当・児童扶養手当
こども医療費
ひとり親家庭等医療費] 連絡先（送付先）登録依頼書

令和 年 月 日

（宛先）
戸田市子育て支援課長

申請者（受給資格者）

住 所

氏 名

電 話 番 号

（受給者証番号または証書番号： ）

児童手当法（昭和46年法律第73号）

児童扶養手当法（昭和36年法律第238号）

戸田市こども医療費条例（昭和59年条例第29号）

戸田市ひとり親家庭等の医療費の支給に関する条例（平成4年条例第24号）

に関する連絡・送付物等については、下記登録先へされますよう依頼します。

記

受給資格者 （医療費は対象児）		
生年月日		
送付先		（ - ）
送付先登録理由		
電話番号	父	
	母	
	自宅	

住民票の内容に変更があった場合は、別途届出が必要です。

お電話でのお問い合わせ等への回答は、登録された電話番号への折り返しとなります。

上記登録先を解除（住民票の住所にする）場合は、お申し出下さい。

身分証明書の写しを添付してください。

市担当者確認欄	児童手当	児扶手当	ひとり親医療	こども医療
	/	/	/	/