

記入例

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 戸田市上戸田1-18-1

氏 名 戸田 花子

電 話 番 号 090(9876)5432

（受給者証番号または証書番号： 3012345 30221234 ）

☒ 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）	戸 田 花 子 戸 田 健 太	
生年月日	昭和60年1月1日	平成30年1月1日
送付先	（ 335 — 0022 ） 戸田市上戸田 6-18-1	
送付先登録理由	送付物の受け取りが出来ないため（具体的事由を記入下さい）	
電話番号	父	戸田 学 090-1234-5678
	母	戸田 花子 090-9876-5432
	自宅	048-123-4567

- 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
	/	/	/	/