別記
様式第1号(第7条)

八街市子ども医療費助成申請書

令和　　年　　月　　日

八街市長　北村　新司　様

〒　　－

住　　所

申請者　氏　　名　　㊞

電話番号

八街市子ども医療費の助成に関する規則第7条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

子ども	住　　所	〒　　－	個人番号		
	フリガナ		生年月日	平成・令和　　年　　月　　日	
	氏　　名				

世帯の状況		氏　　名	続柄		氏　　名	続柄
	1			5		
	2			6		
	3			7		
	4			8		

保護者外世帯		氏　　名	続柄	現　住　所
	1			
	2			

加入健康保険

子どもに係る被保険者等であることを証する書類の写しを貼付してください。写しには「被保険者名・子どもの氏名、保険者名称・記号・番号・資格(認定)年月日」がわかるようにコピーしてください。
出生等で健康保険証の写しが貼付できない場合は、後日の提出でも申請は受け付けします。

ここに子どもに係る被保険者等であることを証する書類の写しを貼ってください。

表面に貼り付けが難しい場合はレ印を記入して用紙の裏面に貼り付けてください。

□裏面貼付

承　諾　書

第4条に定める対象期間に限り、以下の内容について承諾します。

1　所得情報、課税情報、住民登録情報、医療費情報等の個人情報について、市医療費担当課が確認すること。
2　医療費情報について、市が助成額を適正に支出するために、高額療養費及び附加給付金の支給状況等の必要な情報について加入保険者へ情報照会すること。
3　市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合において、市と加入保険者で負担相当額について相さいすることが可能な場合、市と加入保険者の両者で調整すること。

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　　個人番号

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　　個人番号

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　　個人番号

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　　個人番号

※保護者全員が署名押印してください。

※市記入欄(以下の市記入欄は記入しないでください。)

年　度			綴り	／					階層	A　B　C　所			
受給者番号										承諾　証明			
受給資格	出生　転入(県内、県外)　申請日　保険加入日								年　月　日			券翌月(　／　)	
不足書類	印鑑　加入健康保険　税証明　未申告								翌年度税証明	必要　保護者市外			