

記入例

様式第1号(第7条)

八街市子ども医療費助成申請書

八街市

申請対象となる子どもの住所、氏名、生年月日を記入してください。

〒0000-0000 令和00年00月00日

住所 八街市八街ほ00番地00

申請者氏名 千葉 一郎

電話番号 000-000-0000

申請者氏名は、申請対象の子どもの保護者(父、母等)となります。
電話番号は、携帯電話でも可。認印は忘れずにお願いします。

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。

子ども	住所	〒0000-0000 八街市八街ほ00番地00		個人番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1									
	フリガナ	チバ ハナコ		生年月日	平成 00年00月00日									
世帯の状況	氏名	千葉 花子												
	氏名	続柄	氏名	続柄										
	1	千葉 一郎	父	5	千葉 太郎	祖父								
	2	幸子	母	6										
	3	次郎	兄	7										
4	桜子	妹	8											

申請対象となる子ども以外の世帯全員の氏名を記載してください。
現住所地が異なっている場合も同一生計となる方がいる場合は、世帯外保護者欄に記載してください。
続柄は、対象となる子どもから見ての続柄となります。

世帯外保護者	氏名	続柄	現住所
	1		
2			

同居以外の扶養者を記入してください。

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。

資格確認書

ここに子ども名を記入する表面に貼付してください。

記号000 番号000
氏名00 00
資格・認定年月日平成00年00月00日

加入健康保険のわかるもの(資格確認書等)をコピーして貼付してください。「被保険者名・子ども氏名・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。

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。

- 所得情報、課税情報、戸籍情報、住民登録情報、医療費情報に関する情報について、市が助成額を適正に支出するために、必要な情報について加入保険者へ情報照会すること。
- 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、市と加入保険者の両方で調整すること。

父、母は必ず署名押印してください。その他の方で申請対象となる子どもを扶養している場合は、その方の署名押印も加えてお願いいたします。
(例: 申請対象の子どもが祖父の社保に加入していたり、市民税の申告上、祖父が扶養している場合、祖父も加えて署名押印が必要となります。)

氏名	千葉 一郎	個人番号	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2
氏名	千葉 幸子	個人番号	3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3
氏名		個人番号	
氏名		個人番号	

市記入欄は記入しないでください。

※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
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