

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。

〒000-0000

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住所 八街市八街ほ〇〇番地〇〇

申請者氏名 千葉 一郎

千葉

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

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	〒000-0000 八街市八街ほ〇〇番地〇〇		個人番号	1 1 1 1 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 〇〇年〇〇月〇〇日 令和			
世帯の状況	氏名	千葉 花子	続柄		氏名	千葉 太郎	続柄	祖父
	1	千葉 一郎	父	5				
	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。現住所が異なって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。

子どもの健康保険証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(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。

加入健康保険	ここに扶養家族が全員	健康保険被保険者証
		記号〇〇〇 番号〇〇〇〇 氏名〇〇 〇〇 資格・認定年月日平成〇〇年〇〇月〇〇日

健康保険証をコピーして貼付してください。扶養家族全員が記載された健康保険証の場合は、申請書の裏面に貼付して、「裏面貼付」にし印を付けてください。「被保険者名・子ども氏名・保険者名称・記号・番号(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。
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
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、重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、市が負担することが可能な場合、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	千葉	個人番号	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2
氏名	千葉 幸子	千葉	個人番号	3 3 3 3 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 保険証 税証明 未申告	翌年度税証明	必要 保護者市外