

第1号様式（第6条）

子ども医療費助成申請書

年 月 日

印西市長 様

子ども医療費の助成を受けたいので、次のとおり受給資格の登録を申請します。

保護者	住 所	〒			
	フリガナ		子どもの続柄		
	氏名 ※		電話番号		
	生年月日	年 月 日	個人番号		
同配偶の者 親又族は	住 所	〒			
	フリガナ		子どもの続柄		
	氏名 ※		電話番号		
	生年月日	年 月 日	個人番号		
子ども	住 所	〒			
	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	性別	男 ・ 女	男 ・ 女	男 ・ 女	
	加入医療保険	1 社保 2 国保 3 その他	1 社保 2 国保 3 その他	1 社保 2 国保 3 その他	
	個人番号				
世帯構成		氏 名	子どもの続柄	氏 名	子どもの続柄
	1			5	
	2			6	
	3			7	
	4			8	

承諾書

私は、子ども医療費の助成を受けることができる期間において、下記の各項目について、承諾します。

(保護者) 氏 名 ㊦※

(配偶者又は同居の親族) 氏 名 ㊦※

- 資格審査の目的で、私の所得状況、市民税課税状況、住民基本台帳及び国民健康保険の加入状況を確認すること。
- 私が高額療養費を保険者から受領した場合に、印西市が過払いとなっているときは、過払い相当額を印西市へ支払うこと。
- 印西市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、市と保険者で負担相当額について相殺すること。
- 私が付加給付金を保険者から受領した場合に、印西市が過払いとなっているときは、過払い相当額を印西市へ支払うこと。

(注) 加入医療保険が印西市国保以外の場合は子どもの健康保険証の写しを添付してください。

※ 氏名を自署することにより、押印を省略することができます。