

子ども医療費助成申請書

年 月 日

(あて先) 印西市長

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						
	令和 年1月1日 現在の住所	1 印西市内 2 印西市外(都道府県	市区町村		・ 国外)
	フリガナ			子どもとの続柄			
	氏 名 ※			電話番号			
	生 年 月 日	年 月 日		個人番号			
同配居の者 親又族は	住 所						
	令和 年1月1日 現在の住所	1 印西市内 2 印西市外(都道府県	市区町村		・ 国外)
	フリガナ			子どもとの続柄			
	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	
	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	
世帯構成		氏 名	子どもとの続柄		氏 名	子どもとの続柄	
	1			5			
	2			6			
	3			7			
	4			8			
<p>承 諾 書</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;">(保護者) 氏 名 _____</p> <p style="text-align: right;">(配偶者又は同居の親族) 氏 名 _____</p> <p>1 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に関する情報を取得すること。</p> <p>2 私が高額療養費を保険者から受領した場合には、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。</p> <p>3 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。</p> <p>4 私が付加給付金を保険者から受領した場合には、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。</p>							

(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。

【※市使用欄】

課税判定	受給者番号	課税資料	保険証	受渡日	確認者
1		機械確認済 提出済 提出依頼	提出済 申請中 提出依頼	/	
2				発送日	
3				/	