

入する場合は、前年度を記入してください。
年を記入してくださす。
以下同様です。

様式(第6条)

子ども医療費助成申請書

令和8年 1月 1日

市長 様

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	〒270-1396 印西市大森2364-2		
	令和7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
原則として、加入医療 被保険者となります。 が保	フリガナ	インザイ タロウ	子どもとの続柄	父
	氏名※	印西 太郎	電話番号	0476-33-4645
	生年月日	平成元年1月1日	個人番号	1111 1111 1111
子ども	住 所	〒 同上		
	令和7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	インザイ ハナコ	子どもとの続柄	母
氏名※	印西 花子	電話番号	0476-33-4645	
世帯構成	生年月日	平成27年2月2日	個人番号	2222-2222-2222
	住 所	〒 同上		
	フリガナ	インザイ イチロウ	インザイ ジロウ	追加する場合は、 お子さんのみ記入 ください。
氏名	印西 一郎	印西 二郎		
生年月日	平成27年3月3日	平成28年4月4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	その他
	氏名	子どもとの続柄	氏名	子どもとの続柄
1	印西 太郎	父	5	
2	印西 花子	母	6	
3	印西 一郎	本人	7	
4	印西 二郎	本人	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 **印西 太郎**

(配偶者又は同居の親族) 氏名 **印西 花子**

- 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。
- 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) 子どもの加入する医療保険の情報がわかるものを添付してください。

メールアドレス(父・母・その他) **●●●●@city.inzai.chiba.jp**

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	/	発送日 /	
2					
3					