

1月から7月分を申請する場合は、前年度を記入し、それ以外は申請する年を記入してください。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

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

原則として、加入医療保険の被保険者が保護者となります。

子ども

世帯構成

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
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
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
生 年 月 日	平成2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	
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
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	

追加する場合は、追加工子さんのみ記入してください。

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	／	
	2	提出済	申請中	発送日	
	3	提出依頼	提出依頼	／	