

子ども医療費受給資格登録申請書

袖ヶ浦市長 様

袖ヶ浦市子ども医療費の助成を受けるため、袖ヶ浦市子ども医療費の助成に関する条例第6条の規定により、受給資格の登録を申請します。

申請年月日		年 月 日	申請事由	出生・転入・その他			
申請者 (保護者)	フリガナ			電話番号			
	氏名						
	生年月日	年 月 日	個人番号				
	住所	〒 袖ヶ浦市					
	本年1月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 同上	都道 府県	市区 町村	昨年1月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 同上	都道 府県

配偶者 (□なし)	フリガナ			電話番号			
	氏名						
	生年月日	年 月 日	個人番号				
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ					
	本年1月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 同上	都道 府県	市区 町村	昨年1月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 同上	都道 府県

子 ど も	フリガナ 氏名		性別	生年月日	住所		
	-----		男・女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	-----		男・女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	-----		男・女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	加入 医療 保険	保険種別	<input type="checkbox"/> 写し添付 1 社保 2 国保 3 国保組合 4 共済組合 5 その他				
		記号			番号		
		保険者名			保険者番号		
被保険者名				認定年月日	年 月 日		

備 考	
-----	--

承諾書

1. 子どもの医療費助成金の算定に必要な所得状況及び市民税課税状況を確認すること。
2. 子ども医療費助成受給券を交付する要件の確認に必要な範囲において、子どもにかかる袖ヶ浦市の住民基本台帳の記載事項について調査すること。
3. 保険者から高額療養費又は付加給付金を受領し袖ヶ浦市が交付した助成金が過払いとなる場合は、袖ヶ浦市の過払い相当額を袖ヶ浦市へ返還すること。

本制度を利用する間、上記項目について承諾します。 申請者氏名