

子ども医療費受給資格登録内容変更届

年 月 日

袖ヶ浦市長 様

子ども医療費受給資格の登録内容に変更がありましたので、袖ヶ浦市子ども医療費の助成に関する条例第9条第1項の規定により、届け出ます。

申請者 (保護者)	氏名	(子どもとの続柄)		
	住所	〒 袖ヶ浦市		
	電話番号	(平日・日中の連絡先)		
子ども	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

変更内容 住所 氏名 加入医療保険 世帯区分 保護者

住所	旧	袖ヶ浦市		
	新	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (変更年月日 年 月 日)		
氏名	旧			
	新	(変更年月日 年 月 日)		
加入医療保険	保険種別	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	
世帯区分	<input type="checkbox"/> 市町村民税所得割非課税世帯から課税世帯へ			
	<input type="checkbox"/> 市町村民税所得割課税世帯から非課税世帯へ			
保護者	保護者でなくなる方			
	氏名	( 年 月 日生)		
	新たに保護者になる方			
	氏名	( 年 月 日生)		
<b>承諾書</b>				
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。 氏名				

備考	
----	--