様式第１号(第２条関係)

子ども医療費受給資格登録申請書

　袖ケ浦市長　様

　袖ケ浦市子ども医療費の助成を受けるため、袖ケ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 | 〒袖ケ浦市 |
| 本年１月１日時点の住所 | □同上 | 都道府県 |  | 市区町村 | 昨年１月１日時点の住所 | □同上 | 都道府県 |  | 市区町村 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | □申請者と同じ |
| 本年１月１日時点の住所 | □同上 | 都道府県 |  | 市区町村 | 昨年１月１日時点の住所 | □同上 | 都道府県 |  | 市区町村 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 子ども | フリガナ氏名 | 性別 | 生年月日 | 住所 |
|  | 男・女 | 年　　　月　 　日 | □申請者と同じ |
|  |
|  | 男・女 | 年　　　月　　 日 | □申請者と同じ |
|  |
|  | 男・女 | 年　　　月　 　日 | □申請者と同じ |
|  |
| 加入医療保険 | 保険種別 | □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、子どもにかかる袖ケ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ケ浦市が交付した助成金が過払いとなる場合は、袖ケ浦市の過払い相当額を袖ケ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 |