

子ども医療費助成申請書

(宛先) 茂原市長

申請日 令和 年 月 日

下記のとおり、子ども医療費助成の申請をします。

保護者① (申請者)	フリガナ		電話番号			
	氏 名		生年月日		子ども から見 た続柄	
	住 所		個人番号			
	前年 1 月 1 日の住所	1.市内 2.市外（市区町村名： ）	今年 1 月 1 日の住所	1.市内 2.市外（市区町村名： ）		
保護者② (配偶者等)	フリガナ		電話番号			
	氏 名		生年月日		子ども から見 た続柄	
	住 所		個人番号			
	前年 1 月 1 日の住所	1.市内 2.市外（市区町村： ）	今年 1 月 1 日の住所	1.市内 2.市外（市区町村名： ）		
対象となる子ども	氏名①		生年月日	年 月 日	住所	☐ 申請者と同じ ☐ その他（ ）
	氏名②		生年月日	年 月 日	住所	☐ 申請者と同じ ☐ その他（ ）
	氏名③		生年月日	年 月 日	住所	☐ 申請者と同じ ☐ その他（ ）
	氏名④		生年月日	年 月 日	住所	☐ 申請者と同じ ☐ その他（ ）

同意書						
子ども医療費助成を受けるにあたり、次の事項に同意します。						
1	市が子ども医療費助成受給券の交付要件の確認のため、必要な世帯員の住民基本台帳及び保護者の地方税関係情報を調査すること					
2	高額療養費について市が過払いとなっている場合は、私が保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を市へ支払うこと					
3	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					
4	家族療養費附加給付金を私が保険者から受領した場合は、当該相当額を市へ支払うこと					
保護者①氏名 _____						
保護者②氏名 _____						

注1 子どもが加入する「資格情報のお知らせとマイナ保険証」または「資格確認書」の写しを添付してください。

注2 上記に同意いただけない場合は保護者の所得課税証明書又は非課税証明書が必要です。
(同一生計配偶者となっている方は不要) なお、必要な年度は申請月により異なります。

