別記第１号様式（第４条）

子ども医療費助成申請書

（宛先）茂原市長　　年　　月　　日

下記のとおり、子ども医療費助成の申請をします。

子ども	住　所	（〒　　－　　） 茂原市			
	フリガナ		生年月日		
	氏　名		年　　月　　日		
			個人番号		
保護者（申請者）1	住　所	（〒　　－　　）			
	フリガナ		生年月日		
	氏　名		年　　月　　日		
	個人番号			電話番号	子どもから見た続柄
				（　　）	
保護者2	住　所	（〒　　－　　）			
	フリガナ		生年月日		
	氏　名		年　　月　　日		
	個人番号			電話番号	子どもから見た続柄
				（　　）	

世帯全員（上記以外）	氏　名	子どもから見た続柄	生年月日	同居別居の別
			年　月　日	同居・別居
			年　月　日	同居・別居
			年　月　日	同居・別居
			年　月　日	同居・別居

住所の状況	区　分	昨年１月１日現在の住所	本年１月１日現在の住所
	保護者１	１ 市内　２ 市外	１ 市内　２ 市外
	保護者２	１ 市内　２ 市外	１ 市内　２ 市外

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　子ども医療費助成金の算定に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に同意します。

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います。また、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に同意します。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います。

保護者１氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者２氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

注１　子どもが加入する保険証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。

※職員記入欄	番号確認	個人番号ｶｰﾄﾞ ・ 番号通知ｶｰﾄﾞ ・ 住民票 ・ 他（　　）
	身元確認	個人番号ｶｰﾄﾞ ・ 免許証 ・ ﾊﾟｽﾎﾟｰﾄ ・ 他（　　）