

子ども医療費助成受給券交付申請書

28年 4月 1日

木更津市長 様

木更津市子ども医療費の助成を受けたいので、木更津市子ども医療費助成受給券の交付の申請をします。

本市に住所がある父母のうち所得の高い方を記入

保 護 者 対 象 と な る 子 ど も 加 入 医 療 保 険	住 所	〒292-8501 木更津市朝日3-10-19			
	フリガナ 氏 名	チバ タロウ	続 柄	父	
		千葉 太郎 (印)	連絡先	0438-23-7243	
	個人番号				
	住 所	〒 同 上			
	フリガナ 氏 名	チバ ハナコ	続 柄	母	
千葉 太郎 (印)		連絡先	090-1234-5678		
個人番号					
子 ど も	住 所	〒 同 上			
	フリガナ 氏 名	チバ ウミ	個人番号		生年月日 28年3月28日
		千葉 海			
	フリガナ 氏 名		個		日
氏 名		個		日	
加 入 医 療 保 険	保 険 者 名	木更津市			
	保 険 者 番 号	120063			
	保 険 種 別	1. 社保 2. 国保 3. 国保組合 4. その他 5. なし			
	被 保 険 者 名	千葉 太郎 (印) 保険証の扶養者の氏名を記入 (父や母など)			
	記 号 番 号	記号	06	番号	0012345
	資 格 取 得 年 月 日	28年 3月 28日			
承 諾 書					
<p>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、上記対象となる子どもにかかる木更津市の住民基本台帳の記載事項について、担当職員が調査することを承諾します。</p> <p>保護者の区分の判定に必要な範囲において、木更津市が保有する私の所得額及び市区町村住民税額の内容について担当職員が調査することを承諾します。</p> <p>私は、保険者等から高額療養費又は附加給付金等を受領した場合は、木更津市子ども医療費助成規則第17条第2項の規定により、助成を受けた額の全部又は一部を木更津市へ支払います。</p>					
上記保護者欄で記入した順に記入			氏 名	千葉 太郎 (印)	
			氏 名	千葉 花子 (印)	

配偶者の方などを記入

申請するお子様を記入

お子様の保険証の情報を記入

保険の組合名を記入

例：〇〇保険組合〇〇支部

国保の場合「木更津市」など

保険証の扶養者の氏名を記入 (父や母など)

上記保護者欄で記入した順に記入