

子ども医療費助成受給券変更申請書

令和 年 月 日

木更津市長 様

木更津市子ども医療費助成規則第8条第1項の規定により、下記のとおり子ども医療費助成受給券交付申請の内容に変更がありましたので申請します。

申請者 (保護者)	住 所	〒		
	氏 名		子どもとの続柄	

記

変更事由（発生日 令和 年 月 日）

☐	保護者氏名	旧	住 所	〒			
			フリガナ氏名				
		新	住 所	〒		連絡先	
			フリガナ氏名			子どもとの続柄	
			個人番号				
☐	対象となる子ども	旧	住 所	〒			
			フリガナ氏名				
		新	住 所	〒			
			フリガナ氏名				
☐	加入医療保険	保険者名					
		保険者番号					
		保険種別	1 社保 2 国保 3 国保組合 4 その他（生活保護）				
		被保険者名					
		記号番号	記号			番号	
		資格取得年月日	年 月 日				
承 諾 書 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住民基本台帳及び被保険者確認書類等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。 保護者の区分の判定に必要な範囲において、私の所得額及び市区町村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。 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16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。 氏 名							

注 確認承諾書欄は、新たに保護者となった場合に承諾書に記名をお願いします。