

子ども医療費助成受給券交付申請書

令和 年 月 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規則第 6 条の規定により、受給券の交付の申請をします。

保 護 者 対 象 と な る 子 ど も	住 所	〒				
	フリガナ 氏 名	-----		続 柄		
				連絡先		
	個 人 番 号					
	住 所	〒				
	フリガナ 氏 名	-----		続 柄		
			連絡先			
個 人 番 号						
加 入 医 療 保 険	住 所	〒				
	フリガナ 氏 名	-----	個人番号		生年月日	年 月 日
	フリガナ 氏 名	-----	個人番号		生年月日	年 月 日
	フリガナ 氏 名	-----	個人番号		生年月日	年 月 日
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 5. なし				
	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。						
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 1 7 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						
氏 名						