

## 子ども医療費助成受給券交付申請書

令和〇年〇月〇日

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	住 所	〒 292-8501 木更津市 朝日 3-10-19			
	フリガナ 氏 名	キサラツ タロウ		続 柄	父
		木更津 太郎		連絡先	0438-25-1350
	個人番号				
	住 所	〒 同 上 <span>配偶者の方などを記入</span>			
	フリガナ 氏 名	キサラツ ハナコ		続 柄	母
木更津 花子		連絡先	090-1234-5678		
個人番号					
者 対 象 と な る 子 ど も	住 所	〒 同 上 <span>今回申請するお子様を記入</span>			
	フリガナ 氏 名	キサラツ アサヒ	個人番号	生年月日	令和〇年〇月〇日
		木更津 朝日			
	フリガナ 氏 名		個人番号	生年月日	年 月 日
フリガナ 氏 名	<span>お子様の保険情報</span>		生年月日	年 月 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 <input checked="" type="radio"/> 2. 国保 3. 国保組合 4. その他 5. なし			
	被 保 険 者 名	木更津 太郎			
	記 号 番 号	記号	06	番号	0012345
	資 格 取 得 年 月 日	令和〇年〇月〇日			
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。					
<span>保護者の欄で記載の順にご署名ください</span>			氏 名	木更津 太郎	
			氏 名	木更津 花子	