

第1号様式（第3条第1項）

八千代市子ども医療費助成申請書

（宛先） 八千代市長

次のとおり、八千代市子ども医療費の助成を申請します。

申請年月日	令和 年 月 日		
申請事由	1 出生 2 県内転入 3 県外・海外転入 4 その他（ ）		配偶者の有無 有・無
申請者	保護者①		保護者②（左記以外の保護者）
氏名			
個人番号			
生年月日	昭和・平成 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	
現住所	八千代市		<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 他住所（ ）
電話番号	— — （日中の連絡先）		— — （日中の連絡先）
対象となる子ども（今回申請する子どものみ）			
氏名			
生年月日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日
現住所	<input type="checkbox"/> 保護者①と同じ <input type="checkbox"/> 他住所（ ）	<input type="checkbox"/> 保護者①と同じ <input type="checkbox"/> 他住所（ ）	<input type="checkbox"/> 保護者①と同じ <input type="checkbox"/> 他住所（ ）
申請者との続柄	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子以外（ ）	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子以外（ ）	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子以外（ ）
保険の種類	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> その他		
被保険者氏名			
記号・番号・資格取得日	記号	番号	平成・令和 年 月 日

同意書

私は、八千代市子ども医療費助成制度に基づく医療費助成の申請に対し八千代市が申請内容を審査するとき及び私が同制度を利用する間、八千代市が八千代市子ども医療費の助成に関する条例及び八千代市子ども医療費の助成に関する条例施行規則に基づく事務手続を処理するために限り、下記事項について同意します。

- 私の地方税に関する情報について、八千代市が保有する公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む。）により子ども医療担当課において情報を取得し、確認すること。
- 住民票の記載事項について、八千代市が保有する公簿等（住民基本台帳ネットワークシステムによる情報取得を含む。）により子ども医療担当課において情報を取得し、確認すること。
- 千葉県国民健康保険に加入している場合は、子どもの資格情報等について、八千代市が保有する公簿等により子ども医療担当課において情報を取得し、確認すること。
- 八千代市ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例に基づく助成、八千代市重度心身障害者の医療費の助成に関する条例に基づく助成等の他の制度との適用関係を確認するために必要な情報について、子ども医療担当課において情報を取得し、確認すること。
- 対象となる子どもに係る高額療養費及び子ども医療費の負担額に過不足が生じ、調整が必要となった場合は、制度間の相殺が行われること。
- 保険者から高額療養費又は家族療養費付加給付金が支給され、子ども医療費の助成が過払となった場合は、当該過払相当額を八千代市へ支払うこと。

氏名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

※氏名の記入は、同意事項に同意する者が自ら署名を行うこと。

市 使 用 欄	県内 令和 年 月 日	県外 年 月 日	海外 年 月 日
	本年1月1日時点の住民登録地	父 都道府県 市区町村 八千代市	
	前年1月1日時点の住民登録地	母 都道府県 市区町村 八千代市	
1 子どもの保険証の写し 添付 ・ 後日 ・ 国保 2 戸籍の附票・パスポートの写し（父・母・ ） 添付 ・ 後日 3 その他（ ） 添付 ・ 後日 ※児童手当同時申請あり（新規・増額）・同時申請なし（申請済み・公務員・別居監護・その他）			

