

(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 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無
申請者	保護者①		保護者② (左記以外の保護者)
氏名	子福 太郎		子福 花子
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 大和田新田312-5		<input checked="" 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	子福 一郎		子福 二郎
生年月日	平成・令和 △年 △月 △日		平成・令和 ○年 ○月 ○日
現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 保護者①と同じ <input type="checkbox"/> 他住所 ()		
申請者との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子以外 ()		<input type="checkbox"/> 子以外 ()
保険の種類	<input checked="" 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	子福 太郎		
記号・番号・資格取得日	記号 123	番号 45678	

出生から高校3年生までのお子さん。

別途必要書類がある方などには後日担当から連絡しますので、必ず記入してください。

お子さんの保険証の種類に✓をつけてください。

お子さんの保険証の写しを添付してください。(後日提出でも可)
※千葉県国民健康保険(八千代市交付)に加入しているお子さんは不要です。

④お子さんの両親のご署名が必要です。
※被保険者が両親以外の場合などは他の方の記入が必要となることがあります。
ひとり親の方の場合は、保護者および同居の方の署名が必要となります。

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の情報連携を含む。)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。
- 八千代市ひとり親家庭等医療費等の助成等の他の制度との適用関係を確認すること。
- 対象となる子どもに係る高額療養費及び家族療養費加算等が適用されること。
- 保険者から高額療養費又は家族療養費加算等が適用された場合は、当該適用相当額を八千代市へ支払うこと。

氏名 子福 太郎 氏名 子福 花子 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	県外	海外				
	令和	年	月	日	父	母	
	本年1月1日時点の住民登録地	都道府県	市区町村	八千代市	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	都道府県	市区町村	八千代市	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)