

八千代市子ども医療費助成金給付申請書

（宛先） 八千代市長

次のとおり、八千代市子ども医療費助成金の給付を申請します。

申請年月日	令和 年 月 日		
申請者	保護者①		保護者②（左記以外の保護者）
氏名			
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）		
対象となる子ども	1	氏名	受給者番号
			生年月日
			平成・令和 年 月 日
	2	氏名	受給者番号
			生年月日
			平成・令和 年 月 日
加入医療保険	保険者名		番号
	記号		
	加入日		年 月 日
確認事項	学校管理下での負傷又は疾病である。		<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
	第三者行為による負傷である。		<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
振込口座	金融機関	銀行・信金 組合・農協	支店名 (店番号)
	口座種別	普通・当座・貯蓄	支店・出張所 ()
	フリガナ		
	口座名義		
	<input type="checkbox"/> 前回申請したときと同じ振込口座を希望します。 （こちらにチェックした場合は、上記項目に改めて振込口座に関する情報を記入する必要はありません。）		

備考

- 対象となる子どもの「受給者番号」の欄には、現に子ども医療費助成受給券の発行を受けている場合は、当該子ども医療費助成受給券に記載の受給者番号を記入してください。
 - 申請の際は、既に支払った医療費の内容がわかる領収書（入院、通院又は調剤ごとの、対象となる子どもの氏名及び医療点数又は保険適用分の明細が記載されたもの）の原本又は八千代市子ども医療費に係る医療機関証明書（第4号様式の2）を添付してください。
 - 領収書の原本の返却を希望される方は、領収書の原本とともに、その写しを併せて添付してください。
 - 申請は、医療費の支払をした日の翌日から起算して2年以内に行ってください。申請期間を過ぎた場合は、助成を受けることができなくなります。
- ※八千代市子ども医療費助成金の給付の申請が「令和4年10月～令和5年10月診療分の高校生等の入院に係る医療費に対するもの」である場合は、当該高校生等の保険証の写しを添付してください。

同意書

私は、八千代市子ども医療費助成金の給付を申請するに当たり、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。

- 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。
- 八千代市が給付の申請の審査を行うに当たり、子ども（高校生等）の氏名等の基本情報及び住民税の課税の状況（その基礎となる所得等を含む。）を確認する場合があること。
- 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、八千代市子ども医療費助成金の給付の申請が高校生等に係る医療費に対するものである場合に、当該高校生等の保護者が署名をすること。

市 使 用 欄	領収書返却	窓口返却済み（ 年 月 日） ・ 同 ・ 外同
	高額療養費	国保 ・ 社保 （ 年 月分）
	診療年月及び期間	県内 月 ・ 県外 ・ 混合
	備考	年 月 日分 点 高額療養費： 円 付加給付金： 円 年 月 日（健保 ・ 病院 ・ 国保） 確認済み