

（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 〇 年 〇 月 〇 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	子福 太郎		子福 花子	
個人番号				
生年月日	昭和・平成 〇 年 〇 月 〇 日		昭和・平成 〇 年 〇 月 〇 日	
現住所	八千代市 大和田新田312-5		☒ 同左 ☐ 他住所（ ）	出生から高校3年生までのお子さん。
電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇（日中の連絡先）		〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇（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	☒ 保護者①と同じ ☐ 他住所（ ）		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。	
申請者との続柄	☒ 子 ☐ 子以外（ ）		お子さんの保険証の種類に✓をつけてください。	
保険の種類	☒ 社保 ☐ 共済 ☐ 国保 ☐ 国保組合 ☐ 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	平成・令和 年 月 日	

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。

① 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担当課において情報を取得し、確認すること。

② 住民票の記載事項について、八千代市が保有する公簿等（子ども医療担当課において情報を取得し、確認すること。

③ 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（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。

④ 八千代市ひとり親家庭等医療費等の助成等に関する条例に基づき助成等の他の制度との適用関係を確認すること。

⑤ 対象となる子どもに係る高額療養費及び医療費助成等に関する条例に基づき助成等の他の制度との適用関係を確認すること。

⑥ 保険者から高額療養費又は家族療養費が加算された場合は、当該加算相当額を八千代市へ支払うこと。

お子さんの加入している健康保険の確認できるものを添付してください。（後日提出でも可）

（例）お子さんの健康保険証の写し、資格確認書の写し、または資格情報画面の写し等

※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記入が必要です。

※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場合があります。

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 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	母 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	父 都道府県 市区町村 八千代市	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・ 分） 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）			