別　記

第１号様式（第５条第１項）

子ども医療費助成受給券交付申請書

令和　　年　　月　　日

習志野市長　宛て

次のとおり、子どもの医療費助成及び受給券の交付を申請します。

保護者（申請者）	フリガナ		扶養義務者（配偶者等）	フリガナ	
	氏　　名			氏　　名	
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日		生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日
	住　　所			住　　所	
	電話番号	（　　）			
	個人番号			個人番号	

課　税　状　況　確　認　承　諾　書

子どもの医療費助成金算定に必要な、私の課税状況を確認することを承諾します。

保護者　　㊞　　扶養義務者　　㊞

子ども	フリガナ		生年月日	平成・令和　　年　　月　　日
	氏　　名		個人番号	
	住　　所			
加入医療保険	保険者名称			
	保険者番号			
	保険種別	１ 社保　　２ 国保　　３ 国保組合　　４ 共済組合　　５ その他		
	被保険者名			
	記　　号		番　　号	
	資格取得年月日	平成・令和　　年　　月　　日		

１　高額療養費について、習志野市が過払いとなっている場合は、私が保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を習志野市へ支払います。また、習志野市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、市と保険者で負担相当額について相殺することに同意します。

２　家族療養費附加給付金を私が保険者から受領した場合は、当該相当額を習志野市へ支払います。

３　日本スポーツ振興センターの災害共済給付等の助成は受けておりません。なお、助成を受けた場合は、子どもの医療費助成分を返還します。

児童手当		ハンドブック	
児扶・ひ医		母子手帳	

◎　記名押印に代えて、署名することができます。以下は記入しないでください。

【 □ 本人確認書類　①免許・旅券・在留・手帳・番号　②保険・年金・他（　　）　□ 個人番号確認承諾　】

受給者番号							税区分	資格取得事由
							超・課・非	H・R　．　． 出生・県内・県外

住定日	S・H・R　．　．	S・H・R　．　．
基準日住所		
世帯番号		