

別記

第1号様式（第5条第1項）

# 記入例

## 子ども医療費助成受給券交付申請書

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

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。

申請者 (保護者)	フリガナ	ナラシノ タロウ	申請者 以外の 保護者 等	フリガナ	ナラシノ ハナコ
	氏名	習志野 太郎		氏名	習志野 花子
	生年月日	昭和・平成 60年 5月 1日		生年月日	昭和・平成 61年 5月 1日
	住所	習志野市鷺沼2-1-1		住所 (申請者と 同じ場合は、 記入不要)	
	電話番号	047(451)1151		個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1				

### 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 習志野 太郎 ㊟

保護者 習志野 花子 ㊟

子ども	フリガナ	ナラシノ イチロウ	生年月日	平成・令和 元年 5月 1日
	氏名	習志野 一郎	個人番号	2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3
	住所 (申請者と 同じ場合 は、記入不要)			

加入 医療 保険	保険者名称	習志野市		
	保険者番号	120162		
	保険種別	1 社保 <input checked="" type="radio"/> 2 国保 3 国保組合 4 共済組合 5 その他		
	被保険者名 (申請者と 同じ場合 は、記入不要)			
	記号	16	番号	1 1 1 1 1 1 1 1
資格取得 年月日	平成・令和 元年 5月 1日			

- 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。
- 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。
- 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。

㊟ 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。

児童手当		ハンドブック	
児扶・ひ医		母子手帳	

【  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		