

習志野市ひとり親家庭等医療費助成受給券交付(更新)申請書

年 月 日

習志野市長 宛て

住所 _____
 申請者 氏名 _____
 電話 _____

次のとおり、習志野市ひとり親家庭等医療費助成受給券の交付を申請します。

世帯の構成※	氏名	生年月日	個人番号										申請者との続柄	対象・対象外の別	
														本人	対象・対象外
															対象・対象外
															対象・対象外
															対象・対象外
															対象・対象外
															対象・対象外
保険の種類	被保険者の氏名														
	保険の種類	1 社保 2 国保 3 国保組合 4 共済組合 5 その他													
	保険者名											保険者番号			
	記号・番号	(記号)					(番号)								
	資格取得年月日	年			月			日							
世帯の状況	児童扶養手当受給状況	<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 申請中													
	公的年金受給状況	<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 申請中													
	生活保護受給状況	<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 申請中													

※「世帯の構成」欄について、住民票上別世帯であっても同一住所に居住する扶養義務者がいる場合は、記載してください。

同意欄

- 1 申請の内容の審査に当たり、申請者の属する世帯の個人住民税の課税台帳情報を確認することに同意します。
- 2 助成額の算定に必要な高額療養費及び付加給付金の支給状況等について、市が保険者に照会することに同意します。
- 3 高額療養費について、習志野市が過払いとなった場合は、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に支払います。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。
- 4 家族療養費付加給付金を私が保険者から受領した場合は、当該給付金相当額を習志野市に支払います。
- 5 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、ひとり親家庭等の医療費分を習志野市に返還します。

申請者 _____ 印
 世帯員 _____ 印
 世帯員 _____ 印

※氏名を自署することにより、押印を省略することができます。

【 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	住定日	S · H · R . .
						課 · 非	R . .	基準日住所	
							新規 · 転入 · 出生	世帯番号	