

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

※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。

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 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	1 6	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		

- 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	

【 ☐ 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		