

子どもの医療費助成変更届

年 月 日

習志野市長 宛て

申請者 (保護者)	現住所										
	氏名	フリガナ									
	電話番号	— — (携帯電話など平日の日中における連絡先)									
変更に係る 子ども①	氏名	フリガナ	生年 月日	H・R 年 月 日	続柄	☐ 子 ☐ 子以外 ()					
変更に係る 子ども②	氏名	フリガナ	生年 月日	H・R 年 月 日	続柄	☐ 子 ☐ 子以外 ()					
変更に係る 子ども③	氏名	フリガナ	生年 月日	H・R 年 月 日	続柄	☐ 子 ☐ 子以外 ()					

次のとおり、子どもの医療費助成申請の内容に変更がありましたので、届け出ます。

※変更のある事項に□の上、変更箇所のみ記入してください。

□ 氏名		変 更 後				変 更 前											
	子ども	フリガナ				フリガナ											
	子ども	フリガナ				フリガナ											
	子ども	フリガナ				フリガナ											
□ 住所	□保護者																
	□子ども																
□ 保護者	□ 保護者でなくなる方（市内在住でなくなる方を含む）																
	氏名	フリガナ	生年 月日	S・H 年 月 日													
	変更理由	☐ 離婚 ☐ 死別 ☐ その他 ()															
	□ 新たに保護者になる方																
	氏名	フリガナ	生年 月日	S・H 年 月 日		個人 番号											
	変更理由	☐ 婚姻 ☐ 養子縁組 ☐ その他 ()															
	住所																
	1月1日 住所地	今年	☐ 市内 ☐ 市外（市区町村名： ） ☐ 海外														
	昨年	☐ 市内 ☐ 市外（市区町村名： ） ☐ 海外															
□子どもの 加入医療 保険	種類	☐ 社保 ☐ 共済 ☐ 国保 ☐ 国保組合 ☐ その他															
	保険者名称											保険者番号					
	記号				番号				資格取得日	年 月 日							
	被保険者氏名	フリガナ			生年 月日	S・H 年 月 日											
□市民税 課税状況	□ 所得割が課税されなくなった（ 年度分市民税）。																
	□ 所得割が課税されるようになった（ 年度分市民税）。																
	□ 未申告だったが、申告した（ 年度分市民税）。																

同 意 欄

※新たに保護者になる方がいる場合のみ記入してください。

- 1 申請の内容の審査に当たり、私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、子どもの医療費分を習志野市に返還します。

氏名

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。

世帯番号	変更箇所等	受給券変更	児手	保育所等
	保護者 () ・ 子 () ・ 保険証 ・ 住所	あり	児扶	学校