

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。

申請者 (保護者)	フリガナ		申請者 以外の 保護者等	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	

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



保護者



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				

- 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		