

様式第1号

子ども医療費助成受給資格登録申請書

(宛先)佐倉市長

佐倉市子ども医療費助成事業による医療費の助成を受けるため、受給資格の登録を申請します。

申請年月日		年 月 日		申請事由	1 出生	2 県内転入
					3 県外・海外転入	4 その他
(申請者・郵便物送付先) 保護者1	フリガナ			子どもの続柄	個人番号	
	氏名					
	生年月日		年 月 日		※住民日 年 月 日	
	住所	佐倉市				
	1月1日時点の住所 (1~7月転入は前年、8~12月転入は本年)	(上記と異なる場合に記入してください)			電話番号	
(配偶者または同居の親族) 保護者2	フリガナ			子どもの続柄	個人番号	
	氏名					
	生年月日		年 月 日		※住民日 年 月 日	
	住所	1 保護者1(申請者)と同じ 2 その他 ※以下に記入 ()				
	1月1日時点の住所 (1~7月転入は前年、8~12月転入は本年)	(上記と異なる場合に記入してください)			電話番号	
今回申請する子ども	フリガナ			生年月日	住所	
	氏名			平成 年 月 日	1 保護者1と同じ 2 保護者2と同じ 3 その他	
	フリガナ			生年月日		
	氏名			平成 年 月 日		
	フリガナ			生年月日	加入健康保険	
氏名			平成 年 月 日	1 佐倉市国保(写し不要) 2 その他(写し添付)		
(上記以外のかた) 世帯構成員	氏名		子どもの続柄	氏名		子どもの続柄
	1			3		
	2			4		
<p>公簿による確認について</p> <p>本制度を利用する間、助成金の算定に必要な私の市町村民税課税状況、国民健康保険の加入状況等について、佐倉市長が公簿により確認することに同意します。</p> <p>氏名 _____ (印) 氏名 _____ (印)</p> <p>[本人署名の場合は、押印不要]</p> <p>申請条件 1 この事業の助成金で市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、市が私に代わって保険者に請求し、高額療養費を受領することを委任します。 2 高額療養費についてこの事業による助成金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、助成金過払い相当額を市へ返還します。 3 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、当該相当額を市へ返還します。</p>						
※受付窓口職員記入欄						
※不足書類	保険証(写し)		※本人確認	番号確認(▲ ×)	個人番号カード・番号通知カード・住民票・他()	
	済 ・ 未			身元確認(▲ ×)	個人番号カード・免許証・パスポート・他()	

※受付窓口職員記入欄

※不足書類	保険証(写し)		※本人確認	番号確認(▲ ×)	個人番号カード・番号通知カード・住民票・他()	
	済 ・ 未			身元確認(▲ ×)	個人番号カード・免許証・パスポート・他()	

今回申請する子どもの 健康保険証（写）貼付位置

※佐倉市国民健康保険（佐倉市国保）
加入のかたは添付不要です

※出生の場合は、加入する保護者の保険証を添付してください。（除国保）

【事務処理欄】 以下は佐倉市の事務処理に使用しますので、申請者は記入不要です。

1	受給者証番号・氏名		
	公費負担者番号	8312 0 162	無 料
		8312 1 160	200円
8312 4 164		200円	
2	受給者証番号・氏名		
	公費負担者番号	8312 0 162	無 料
		8312 1 160	200円
8312 4 164		200円	
3	受給者証番号・氏名		
	公費負担者番号	8312 0 162	無 料
		8312 1 160	200円
8312 4 164		200円	
4	受給者証番号・氏名		
	公費負担者番号	8312 0 162	無 料
		8312 1 160	200円
8312 4 164		200円	

	No	照会依頼日	回答日	印刷 <input checked="" type="checkbox"/>	* <input checked="" type="checkbox"/>
保護者①		月 日	月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
保護者②		月 日	月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>