

# 【記入例】子ども医療費助成(新規申請)

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。

**(保護者1)**  
 郵送する受給券の受取人となる保護者を指定してください。

**(配偶者)**  
 保護者1に夫や妻がいる場合は配偶者「有」になります。別居状態であっても戸籍上の婚姻が認められる場合は配偶者「有」となります。

**(保護者2)**  
 保護者1で記入したかたのは配偶者を記入します。なお、配偶者がいない場合で、子からみた祖父母等が子を健康保険や税法上の扶養にしている場合は、生計に関わるかたとなりますので、記入をお願いします。

**(加入健康保険)**  
 今回申請する子どもが加入している(または加入予定)の健康保険の種別を選択します。佐倉市国保の場合は申請書裏面へのコピー添付は省略できます。

**(世帯構成員)保護者1、保護者2、今回申請する子ども以外の世帯構成員を記入します。**  
 住民票の世帯員を基本としますが、別世帯であっても生計を同じにするかたがいる場合は記入してください。続柄は子から見た関係になります。

	申請年月日	令和〇年 〇〇月 〇〇日	申請事由	1 出生	2 県内転入	
	フリガナ	サクラ ハルコ	子どもの続柄	3 県外・海外転入	4 その他	
(申請者・郵便物送付先) 保護者1	氏名	佐倉 春子	母	個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		
	生年月日	平成〇年 〇月 〇〇日	配偶者(夫・妻)	有・無		
	住所	佐倉市 海隣寺町97番地				
	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	090-1111-9999
	フリガナ	サクラ タロウ	子どもの続柄	個人番号		
(配偶者または同居の親族) 保護者2	氏名	佐倉 太郎	父	0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9		
	生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇〇日	※住民日 令和〇年 〇〇月 〇〇日			
	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 (上記と異なる場合に記入してください)	(上記と異なる場合に記入してください)			電話番号	043-484-1111
今回申請する子ども	フリガナ	サクラ ユイト	生年月日	住所		
	氏名	佐倉 結人	平成〇〇年 〇月 〇日	1 保護者1と同じ 2 保護者2と同じ 3 その他		
	フリガナ	サクラ モエカ	生年月日	加入健康保険		
	氏名	佐倉 萌香	平成〇〇年 〇月 〇日	1 佐倉市国保(写し不要) 2 その他(写し添付)		
	フリガナ		生年月日			
	氏名		平成〇〇年 月 日			
(上記以外のかた) 世帯構成員	氏名	佐倉 一郎	子どもの続柄	3	佐倉 拓海	
		佐倉 幸子	祖母	4		

公簿による確認について

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。

氏名 **佐倉 春子** 氏名 **佐倉 太郎**

[本人署名の場合は、押印不要]

**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。

**(公簿の確認)**  
 「保護者1」と「保護者2」のかたの署名(または記名・押印)をいただきます。  
 受給券の自己負担額等を判定する際に、保護者の所得と住民税の課税状況を審査するため、佐倉市に申告していただいている、保護者の課税・所得情報を確認させていただくことについて、同意を求めるものですので、ご記入をお願いします。