

子ども医療費助成受給資格登録事項変更届

年 月 日

(宛先)佐倉市長

住所
保護者氏名
電話

次の事項について変更がありましたので届け出ます。

変更の理由		結婚 ・ 離婚 ・ 死別 ・ 所得修正 ・ 子の氏名変更 ・ その他								
登録情報	受給者番号	1人目		2人目		3人目				
	フリガナ									
	氏名									
変更後の子ども氏名										
保護者	保護者1 (郵送物送付先)	フリガナ						子どもとの続柄		
		氏名								
		個人番号								
		生年月日	年		月		日			
	保護者2	フリガナ						子どもとの続柄		
		氏名								
		個人番号								
		生年月日	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)							
子どもが加入する医療保険	1 佐倉市国民健康保険 2 その他・社会保険等名称()									
	被保険者	1 「保護者1」 2 「保護者2」 3 その他()								
	認定年月日	年		月		日				
保護者の市町村民税課税状況	届出前		変更後							
	世帯課税状況 (受給券記載)		1 「保護者1」 (父・母・その他)		2 「保護者2」 (父・母・その他)		世帯課税状況 (受給券記載)			
	0	無料	0	非課税	0	非課税	0	無料		
	1	200円	1	課税	1	課税	1	200円		
4	200円	4	未申告	4	未申告	4	200円			

※以下は、保護者が変更になった場合のみ記入してください。

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 _____ (印) 氏名 _____ (印)

(本人署名の場合は、押印不要)

申請条件

- 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。
- 高額医療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。
- 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。