

我孫子市子ども医療費助成登録申請書 記入例

我孫子市長 あて

子ども医療費の助成を受けたいので、次のとおり登録を申請します。

申請理由
出生・ 転入 ・その他

保（申請者）	フリガナ	テガ ヌマオ										子どもとの続柄
	氏名	手賀 沼男 ㊟										父 母 その他（ ）
	住所	〒270-1192 我孫子市 我孫子1858番地 配偶者： 有 ・無										電話番号 〇〇〇-××××-1111
	1月1日時点住所	本年 住民登録市区町村 (市内 ・ 市外) 千葉 都道 沼中 市区 府県 町村					前年 住民登録市区町村 (市内 ・ 市外) アムカ 都道 市区 府県 町村					生年月日 昭和△年3月4日
	マイナンバー	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
保（配偶者など）	フリガナ	テガ ショウコ										子どもとの続柄
	氏名	手賀 沼子										父 母 その他（ ）
	住所	〒 我孫子市 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ										電話番号 ×××-〇〇〇〇-1111
	1月1日時点住所	本年 住民登録市区町村 (市内 ・ 市外) 千葉 都道 沼中 市区 府県 町村					前年 住民登録市区町村 (市内 ・ 市外) 都道 市区 府県 町村					生年月日 昭和△年4月5日
	マイナンバー	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

子ども(今回新たに登録する者)

フリガナ	テガ ショウイチ	テガ ショウジ	テガ ヌマヨ
氏名	手賀 沼一	手賀 沼二	手賀 沼四
住所	〒 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ 我孫子市	〒 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ 我孫子市	〒 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ 我孫子市
生年月日	平成20年5月5日	平成29年7月1日	令和元年6月24日

立替払をした場合(県外で受診した場合など)の振込先を次の中から選択してください。

添付コピー(金融機関名、支店名又は支店番号、口座番号及び名義人の記載があるもの)の振込先

登録済みの子どもと同じ振込先 (子ども医療 ・ 児童手当) ※どちらかに○を付けてください。

該当の子どもの氏名() 生年月日(年 月 日)

子どもが我孫子市交付の国民健康保険証をお持ちの場合は、次の委任状に記入してください。

委 任 状	
私は、我孫子市が高額療養費の全部又は一部を負担した場合は、我孫子市が私に代わって高額療養費を保険者に請求し、受領することを委任します。	
我孫子市長 あて	
世帯主氏名	手賀 沼男 ㊟

※裏面も必ず記入してください。

※次の同意書は、保護者及び子どもと同一世帯に属する方全員が記名押印してください。記名押印に代えて署名することができます。

同意書																							
私は、申請時及び助成期間中、子ども医療費の助成に必要な税情報の確認のため、市職員が市県民税情報を確認することに同意します。																							
我孫子市長あて																							
① 氏名 手賀 沼男					④ 申請者本人					⑤ 氏名 手賀 沼四					⑧ 続柄 (子)								
マイナンバー					表面に記入してください。					マイナンバー					5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5								
② 氏名 手賀 沼子					⑥ 続柄 (妻)					⑦ 氏名					⑩ 続柄 ()								
マイナンバー					2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2					マイナンバー													
③ 氏名 手賀 沼一					⑨ 続柄 (子)					⑪ 氏名					⑬ 続柄 ()								
マイナンバー					3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3					マイナンバー													
④ 氏名 手賀 沼二					⑫ 続柄 (子)					⑭ 氏名					⑯ 続柄 ()								
マイナンバー					4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4					マイナンバー													
世帯外生計維持者					⑰ 続柄 ()					マイナンバー													
世帯外生計維持者の1月1日時点住所																							
本年				都 道				市 区				前年				都 道				市 区			
				府 県				町 村								府 県				町 村			

※注意事項

- ・出生・転入日から1か月以内に申請してください。
- ・1か月以内に必要書類を提出することができない場合(保険証の発行が間に合わない等)は、子ども支援課へ直接連絡した上で、提出可能な書類を先に提出し、後日不足書類を提出してください。
- ・全ての必要書類が子ども支援課に届いた日の翌月1日から有効期間(医療機関で提示できる期間)が始まる受給券を申請者の住所に郵送します。
- ・受給券の有効期間と助成対象期間は異なります。助成対象期間は、出生・転入日から1か月以内の申請であれば出生・転入日から、それ以外の場合は申請日からとなります。
- ・助成対象期間内で受給券の有効期間でない期間に子どもが医療機関にかかった場合は、受給券が到着した以後に償還払いの申請をすることで助成を受けることが可能です。

※市記入欄

受付時書類

- | | | | |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|--|
| ・子保険証 | ・課税証明書等 | ・国外在住確認 (いずれか1つにチェック) | |
| <input type="checkbox"/> 添付 | <input type="checkbox"/> 不要 | <input type="checkbox"/> 添付 | ※1月1日時点での住所が国外の場合 <input type="checkbox"/> パスポートのコピー添付 |
| <input type="checkbox"/> 後日提出 | <input type="checkbox"/> 提出済 | <input type="checkbox"/> 後日提出 | 1～5月は前年、6～12月は本年の住 ()年分 民登録地を確認 <input type="checkbox"/> 持参附票確認 |
| | | | <input type="checkbox"/> 確認不可 (申請書は受理) |

登録時処理

- | | | | | |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|-------|----|
| ・情報照会有無 | ・不足書類依頼 | ・処理状況 | ・口座情報 | |
| <input type="checkbox"/> 済 | <input type="checkbox"/> 依頼済 | <input type="checkbox"/> 入力済 | 機関名 | 支店 |
| <input type="checkbox"/> 不要 | <input type="checkbox"/> 不要 | <input type="checkbox"/> 確認済 | 名義 | 番号 |

※子ども支援課が後日確認