第1号様式（第8条第1項）

# 子ども医療費助成登録申出書

大網白里市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 保護者① | フリガナ | | 電話番号 | ー　　ー |
| | 氏名 | | 個人番号 | |
| | 生年月日 | 昭和 ・ 平成　　年　　月　　日 | 住所 | 大網白里市 |
| | 前年1月1日の住所 | 市内・市外（市町村名:　　　　） | 今年1月1日の住所 | 市内・市外（市町村名:　　　　） |
| 保護者② | フリガナ | | 電話番号 | ー　　ー |
| | 氏名 | | 個人番号 | |
| | 生年月日 | 昭和 ・ 平成　　年　　月　　日 | 住所 | ☐ 保護者①と同じ |
| | 前年1月1日の住所 | 市内・市外（市町村名:　　　　） | 今年1月1日の住所 | 市内・市外（市町村名:　　　　） |
| 対象児童 | フリガナ | | 個人番号 | |
| | 氏名 | | 住所 | ☐ 保護者①と同じ |
| | 生年月日 | 平成 ・ 令和　　年　　月　　日 | | |
| | フリガナ | | 個人番号 | |
| | 氏名 | | 住所 | ☐ 保護者①と同じ |
| | 生年月日 | 平成 ・ 令和　　年　　月　　日 | | |
| | フリガナ | | 個人番号 | |
| | 氏名 | | 住所 | ☐ 保護者①と同じ |
| | 生年月日 | 平成 ・ 令和　　年　　月　　日 | | |
| | フリガナ | | 個人番号 | |
| | 氏名 | | 住所 | ☐ 保護者①と同じ |
| | 生年月日 | 平成 ・ 令和　　年　　月　　日 | | |

| | |
|---|---|
| 申出事由 | 出生　・　転入　・　その他（　　　　　） |

子ども医療費助成を受けたいので、上記のとおり申出します。また次のとおり同意します。

・私(保護者)は、子ども医療費の助成を受けることができる期間において、
住民基本台帳、所得状況、市民税課税額、健康保険情報、生活保護受給の有無等の
審査に必要な情報を取得されることについて、同意します。

・私(保護者)は、子ども医療費の助成を受けることができる期間において、
助成対象者の医療費の支払により高額療養費や附加給付金を保険者から受領した場合に、
過払い相当額を大網白里市へ支払うことについて同意します。

・国民健康保険の加入期間は、市と保険者との間で負担相当額について相殺することに同意します。

令和　　年　　月　　日

保護者①:＿＿＿＿＿＿＿＿　　保護者②:＿＿＿＿＿＿＿＿

| 処理欄 | 不足書類 | | 児童手当 | 決済欄 | | | 対応者 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ☐ 子の保険証 | 出生 → フォームor持参を案内<br>出生以外 → 情報連携可 | ☐ 新規<br>☐ 増額<br>☐ 対象外（公務員）<br>※要確認 | 課長 | 副課長 | 班長 | |
| | | | | | | | |