

旭市子ども医療費助成登録申請書

旭市長

年 月 日

申請者 (保護者) ※生計中心者	住 所	〒		
	電話番号	自宅	—	—
		携帯	—	—
	ふりがな 氏 名	-----		子 ども との続柄
個人番号			生年月日	年 月 日

子ども医療費助成の助成を受けたいので、受給資格の登録を次のとおり申請します。

子 ど も	住 所	〒 □申請者に同じ		
	ふりがな 氏 名	-----	生 年 月 日	年 月 日
	個人番号		性 別	男 ・ 女

申 請 者 以 外 の 保 護 者	ふりがな 氏 名	子ども との続柄	住 所	個人番号
	生年月日 年 月 日		□申請者に同じ	
申 請 者 以 外 の 保 護 者	ふりがな 氏 名	子ども との続柄	住 所	個人番号
	生年月日 年 月 日		□申請者に同じ	

加入医療保険 □ 子どもの保険証の写しを添付します。

同 意 書

私は、次の事項に同意します。

- 旭市子ども医療費助成制度を申請するにあたり、本制度を利用する間、私の世帯の市町村民税に係る課税状況、所得金額その他市町村民税の賦課に関する情報等について、公簿等※（※マイナンバー制度による情報連携を含む。）により確認すること。
※公簿等で確認できない情報がある場合、市町村民税課税証明書等の提出をお願いする場合があります。
- 高額医療費について旭市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、過払い相当額を旭市へ支払います。また、旭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に同意します。なお、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、当該相当額を旭市へ支払います。

氏 名 ㊟

氏 名 ㊟

氏 名 ㊟

※ 処理欄	申請理由	□出生 □転入（ 月 日付） □その他	本年1月1日住所地
	不足書類	□子どもの保険証 □個人番号（父・母） □印鑑	[市・町]
	児童手当	□有→□済 □未済（不足： ）	1～5月申請 前年1月1日住所地
		□無→□公務員 □旭市外 □その他（ ）	[市・町]