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)	住所	〒		
	電話番号	自宅	—	—
		携帯	—	—
	ふりがな			子ども
氏名			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		生年 月日	年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女
個人番号				
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
			□申請者に同じ	
	生年月日 年 月 日		連絡先 (- -)	
			□申請者に同じ	
	生年月日 年 月 日		連絡先 (- -)	
子 ど も の 加 入 医 療 保 険	名 称			
	保険者番号		認定年月日	年 月 日
	被保険者名			
	記号番号	記号	番号	
同 意 書				
私は、次の事項に同意します。				
1 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、医療保険給付関係情報等について、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。				
2 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 1/1 住所地	担当
不足書類	□加入医療保険の情報 □個人番号 (父・母・子) □印鑑	(市・町)	
児童手当	□有→□済 □未済 (不足 :)	前年 1/1 住所地	(市・町)
	□無→□公務員 □旭市外 □その他 ()		