

第9号様式（第14条関係）

旭市子ども医療費助成資格登録変更届

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 との続柄
氏名				

子ども医療費助成受給資格登録の内容に変更がありましたので、次のとおり届出します。

【対象の子ども】

ふりがな			生年月日	年 月 日
氏名				

【変更事項】 変更する事項のみ記入してください。

<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒			
<input type="checkbox"/> 子の氏	(旧姓)	(新姓)		
<input type="checkbox"/> 保護者	変更理由 ()			
	保護者でなくなる方 (単身赴任等の場合は保護者に該当します。)			
	ふりがな	氏名 (子どもとの続柄)		
	生年月日	年 月 日		
	新たに保護者となる方 (同意書に記名押印が必要となります。)			
ふりがな	氏名 (子どもとの続柄)			
生年月日	年 月 日	個人番号		
<input type="checkbox"/> その他	変更理由 ()			
	変更前			変更後

※同意書は、新たに保護者になった方のみ記入してください。

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

㊞