

旭市長

年 月 日

	申請者	〒289—2504	所	旭市二の1920番地	
お子様を保険の扶養にとっている方 ※社保…保険証の被保険者 ※国保…父または母のうち生計中心者の氏名を記入、捺印する。	番号	自宅 0479 — 62 — 8012			
		携帯 090 — ×××× — ××××			
	氏名	あさひ こうすけ	子どもとの続柄	父	
	氏名	旭 耕輔			
	個人番号		生年月日	S54年 1月 1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	〒 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ ←		申請者と住所が同じ場合は <input type="checkbox"/> をつける （住所の記入は不要）	
	ふりがな	あさひ たくみ	生年月日	H14年 7月 1日	
	氏名	旭 拓海	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	
個人番号					
申請者以外の保護者	ふりがな	子どもとの続柄	住所	個人番号	
	あさひ あいこ	母	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ		
	旭 愛子		<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	社保の方で、お子様の保険証の被保険者が父母以外の場合はその方の氏名を記入する。	
生年月日	S56年 2月 1日				
生年月日	年 月 日				

加入医療保険	<input checked="" type="checkbox"/> 子どもの保険証の写しを添付します。	<input type="checkbox"/> をつけ、子どもの保険証を添付する。
--------	---	--

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。

父、母の氏名を記入、捺印する。 ※ただし、社保の方で、お子様の保険証の被保険者が父母以外の場合は、その方の氏名も記入、捺印してください。	氏名 旭 耕輔 ㊟ 氏名 旭 愛子 ㊟ 氏名 ㊟
---	---