

年 月 日

我孫子市子ども医療費助成登録申請書

我孫子市長 あて

子ども医療費の助成を受けたいので、次のとおり登録を申請します。

保（申請者）	フリガナ											子どもとの続柄
	氏名											父 母 その他（ ）
	住所	〒 配偶者：有・無 我孫子市										電話番号
	1月1日時点住所	本年 住民登録市区町村 (市内 ・ 市外 ・ 海外)					前年 住民登録市区町村 (市内 ・ 市外 ・ 海外)					生年月日
	マイナンバー											市記入欄 番号確認済（ ）
保（配偶者など）	フリガナ											子どもとの続柄
	氏名											父 母 その他（ ）
	住所	〒 □申請者に同じ 我孫子市										電話番号
	1月1日時点住所	本年 住民登録市区町村 (市内 ・ 市外 ・ 海外)					前年 住民登録市区町村 (市内 ・ 市外 ・ 海外)					生年月日
	マイナンバー											市記入欄 番号確認済（ ）

子ども（今回新たに登録する者）

フリガナ															
氏名															
住所	〒 □申請者に同じ 我孫子市					〒 □申請者に同じ 我孫子市					〒 □申請者に同じ 我孫子市				
生年月日	年 月 日					年 月 日					年 月 日				
マイナンバー															
健康保険情報	国民健康保険・社会保険・共済組合										国民健康保険・社会保険・共済組合				
	健康保険扶養者：										健康保険扶養者：				

立替払をした場合（県外で受診した場合など）の振込先を次の中から選択してください。

※ 子ども医療費の助成を受ける兄弟姉妹がいる場合、全ての子どもの振込先を変更します。

児童手当の振込先口座（生計維持者が公務員又は市に住民登録のない者の場合は、選択不可）

指定する口座（金融機関名、支店名、口座番号及び名義人の記載がある写しを添付）

子どもが千葉県国民健康保険（我孫子市）に加入の場合は、次の委任状に記入してください。

委任状

私は、我孫子市が高額療養費の支給の対象となる医療費の全部又は一部を負担した場合は、我孫子市が私に代わって高額療養費を保険者に請求し受領することを委任します。

我孫子市長あて

世帯主氏名：

※ 次の同意書は、保護者及び子どもと同一世帯に属する方全員が記名押印してください。記名押印に代えて署名することができます。

同意書

私は、申請時及び助成期間中、子ども医療費の助成に必要な範囲で、市職員が地方税関係情報及び医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律による保険給付の支給に関する情報を確認することに同意します。

我孫子市長あて

① 氏名 _____ ④ 申請者本人 ⑤ 氏名 _____ ⑧ 続柄 ()

マイナンバー 表面に記入してください。 _____ マイナンバー _____

② 氏名 _____ ⑥ 続柄 () ⑦ 氏名 _____ ⑩ 続柄 ()

マイナンバー _____ マイナンバー _____

③ 氏名 _____ ⑨ 続柄 () ⑪ 氏名 _____ ⑬ 続柄 ()

マイナンバー _____ マイナンバー _____

④ 氏名 _____ ⑫ 続柄 () ⑭ 氏名 _____ ⑯ 続柄 ()

マイナンバー _____ マイナンバー _____

世帯外生計維持者 _____ ⑰ 続柄 () _____ マイナンバー _____

世帯外生計維持者の1月1日時点住所

本年	都道	市区	前年	都道	市区
	府県	町村		府県	町村

※注意事項

- ・ 出生・転入日から1か月以内に申請してください。
- ・ 受給券の有効期間と助成対象期間は異なります。助成対象期間は、出生・転入から1か月以内の申請であれば出生・転入日から、それ以外の場合は申請日からとなります。
- ・ 15歳に達する日後の最初の4月1日から18歳に達する日以後の最初の3月31日までの子どものみを登録する場合は、保護者のマイナンバーの記入は不要です。

※市記入欄

国外在住確認 (いずれか1つにチェック)

※1月1日時点での住所が国外の場合

(1月から7月までの間にあつては前年、8月から12月までの間にあつては本年)

- 附票 (原本・コピー) 添付
- 我孫子市で () 年1月1日 国外在住を確認
- パスポートのコピー添付 (顔写真及び在留許可証が貼付されている全てのページ)
- 確認不可 (申請書は受理、保留連絡票の戸籍の附票にチェックし渡し済み)