

八千代市子ども医療費助成申請変更（喪失）届出書

（宛先） 八千代市長

下記のとおり、子ども医療費助成申請の内容に変更等がありましたので、届け出ます。

届出年月日		令和 年 月 日			
申請者 (現保護者)	現住所	八千代市			
	氏名				
	電話番号	(日中の連絡先)			
対象となる子ども（申請内容の変更等に係る子ども）					
氏名 (新氏名)					
生年月日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日		
申請者との 続柄	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子以外（ ）	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子以外（ ）	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子以外（ ）		
変更又は喪失事由					
<input type="checkbox"/>	健康保険の 変更	保険の種類	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> その他		
		被保険者氏名			
		記号・番号 ・資格取得日	記号	番号	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/>	子どもの 住所変更	<input type="checkbox"/> 上記申請者の住所と同じ <input type="checkbox"/> 他の住所（ ）			
<input type="checkbox"/>	保護者の 住所変更	対象保護者	生年月日	昭和・平成 年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 転入（ <input type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ <input type="checkbox"/> 申請者の住所と相違（ ））			
		<input type="checkbox"/> 転出⇒転出先住所（ ）			
<input type="checkbox"/>	子どもの 氏名変更	<input type="checkbox"/> 姓のみ <input type="checkbox"/> 名のみ <input type="checkbox"/> 姓及び名の両方			
<input type="checkbox"/>	保護者の 変更	<input type="checkbox"/> 保護者で なくなる	氏名		
			理由	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他	
		<input type="checkbox"/> 新たに保 護者とな る	氏名		
			個人番号		
			生年月日	昭和・平成 年 月 日	
			住所	<input type="checkbox"/> 上記申請者の住所と同じ <input type="checkbox"/> 他の住所（ ）	
理由	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 養子縁組 <input type="checkbox"/> その他				
<input type="checkbox"/>	課税状況の 変更	<input type="checkbox"/> 所得税非課税世帯から課税世帯（自己負担額が無料から300円） <input type="checkbox"/> 課税世帯から所得税非課税世帯（自己負担額が300円から無料）			
<input type="checkbox"/>	喪失	<input type="checkbox"/> 転出⇒転出先住所（ ） <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
変更・喪失年月日		令和 年 月 日			

同意書

私は、私が新たに保護者となる者として子ども医療費助成の申請内容に変更が生じた事実を届け出るに当たり、八千代市が当該届出内容を審査するとき及び私が八千代市子ども医療費助成制度を利用する間、八千代市が八千代市子ども医療費の助成に関する条例及び八千代市子ども医療費の助成に関する条例施行規則に基づく事務手続を処理するために限り、下記事項について同意します。

① 私の地方税に関する情報について、八千代市が保有する公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む。）により子ども医療担当課において情報を取得し、確認すること。

② 住民票の記載事項について、八千代市が保有する公簿等（住民基本台帳ネットワークシステムによる情報取得を含む。）により子ども医療担当課において情報を取得し、確認すること。

③ 千葉県国民健康保険に加入している場合は、子どもの資格情報等について、八千代市が保有する公簿等により子ども医療担当課において情報を取得し、確認すること。

④ 八千代市ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例に基づく助成、八千代市重度心身障害者の医療費の助成に関する条例に基づく助成等の他の制度との適用関係を確認するために必要な情報について、子ども医療担当課において情報を取得し、確認すること。

⑤ 対象となる子どもに係る高額療養費及び子ども医療費の負担額に過不足が生じ、調整が必要となった場合は、制度間の相殺が行われること。

⑥ 保険者から高額療養費又は家族療養費付加給付金が支給され、子ども医療費の助成が過払となった場合は、当該過払相当額を八千代市へ支払うこと。

氏名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

※氏名の記入は、同意事項に同意する者が自ら署名を行うこと。

市 使 用 欄	県内	県外	海外		
	令和 年 月 日				新たに保護者となる者
	1 子どもの保険証の写し 添付・後日・国保			本年1月1日時点 の住民登録地	都道 市区 八千代市 府県 町村
	2 戸籍の附票・パスポートの写し（父・母・分） 添付・後日			前年1月1日時点 の住民登録地	都道 市区 八千代市 府県 町村
3 その他（ ） 添付・後日					