

(宛先) 八千代市
次のとおり、八千代市に提出してください。

令和4年10月～令和5年10月診療分の高校生等の入院に係る医療費に対する申請の場合は保護者②欄も記入してください。

申請年月日	令和 ○年 ○月 ○日	
申請者	保護者①	保護者② (左記以外の保護者)
氏名	子福 太郎	子福 花子
現住所	八千代市 大和田新田312-5	<input checked="" type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 他住所 ()
電話番号	○○○-○○○○-○○○○ (日中の連絡先) ○○○-○○○○-○○○○ (日中の連絡先)	
対象となる子ども	1	氏名 子福 二郎 受給者番号 生年月日 平成・令和 ○年 ○月 ○日
	2	氏名 子福 三朗 受給者番号 生年月日 平成・令和 ○年 ○月 ○日
	3	氏名
加入医療保険	保険者名	○○○○保険組合
	記号	○○○○○○○○○
	加入日	平成・令和 ○年 ○月 ○日
確認事項	学校管理下での負傷又は疾病である。	<input type="checkbox"/> はい ・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	第三者行為による負傷である。	<input type="checkbox"/> はい ・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
振込口座	金融機関	△△△ 銀行・信金 組合・農協
	口座種別	普通・当座・貯蓄
	フリガナ	コフク タロウ
	口座名義	子福 太郎
<input type="checkbox"/> 前回申請したときと同じ振込口座を (こちらにチェックした場合は、上記項目)		

確認事項は必ずどちらかにチェックを入れてください。

令和4年10月～令和5年10月診療分の高校生等の入院に係る医療費に対する申請の場合は、当該高校生等の保険証の写しを添付してください。
※千葉県国民健康保険(八千代市交付)に加入しているおさんは不要です。

備考

- 対象となる子どもの「受給者番号」の欄には、現に子ども医療費助成受給券に記載の受給者番号を記入してください。
 - 申請の際は、既に支払った医療費の内容がわかる領収書(点数又は保険適用分の明細が記載されたもの)の原本を添付してください。
 - 領収書の原本の返却を希望される方は、領収書の原本とともにご提出ください。
 - 申請は、医療費の支払をした日の翌日から起算して2年以内が有効となります。
- ※八千代市子ども医療費助成金の給付の申請が「令和4年10月～令和5年10月診療分の高校生等の入院に係る医療費に対するもの」である場合は、当該高校生等の保険証の写しを添付してください。

同意書

私は、八千代市子ども医療費助成金の給付を申請するに当たり、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。

- 住民票の記載事項について、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。
- 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(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。
- 八千代市が給付の申請の審査を行うに当たり、子ども(高校生等)の氏名等の基本情報及び住民税の課税の状況(その基礎となる所得等を含む。)を確認すること。
- 八千代市ひとり親家庭等支援に関する条例に基づき、子ども医療費の助成に関する条例に基づく助成等に関する情報を取得し、確認すること。
- 対象となる子どもに必要となった場合は、制度間の相殺が行われること。
- 保護者から高額療養費の申請を行った場合は、当該過払相当額を八千代市へ支払うこと。

令和4年10月～令和5年10月診療分の高校生等の入院に係る医療費に対する申請の場合は、署名してください。

氏名 子福 太郎 氏名 子福 花子 氏名 _____

※氏名の記入は、八千代市子ども医療費助成金の給付の申請が高校生等に係る医療費に対するものである場合は、当該高校生等の保護者が署名をすること。

市 使 用 欄	領収書返却	窓口返却済み (年 月 日) ・ 同 ・ 外同
	高額療養費	国保 ・ 社保 (年 月分)
	診療年月及び期間	県内 月 ・ 県外 ・ 混合
	備考	年 月 日 分 点 高額療養費： 円 付加給付金： 円 年 月 日 (健保 ・ 病院 ・ 国保) 確認済み