

(表)

子ども医療費助成変更届

年 月 日

銚子市長 様

子ども医療費の助成について、次のとおり変更がありましたので届け出ます。

申請者 (保護者)	住 所	〒									
	フリガナ					子どもとの続柄	電 話 番 号				
	氏 名										
個 人 番 号											
受 給 者 番 号											

(変更のある事項のみを記入してください。)

保 護 者	旧	氏名					被保険者証等	変更済・変更予定				
	新	住所	〒									
		フリガナ					子どもとの続柄	電 話 番 号				
		氏名										
	個人番号											
子 ども	旧	住所	〒									
		フリガナ					性 別	生 年 月 日				
		氏名					男・女	年 月 日				
		個人番号										
	新	住所	〒									
		フリガナ					性 別	生 年 月 日				
氏名						男・女	年 月 日					
	個人番号											
世 帯 員		氏 名	続 柄		個 人 番 号							
	1											
	2											
	3											
	4											
	5											
	6											
加入医療保険	保 険 者 名					保 険 者 番 号						
	保 険 種 別	1 社保 2 国保 3 国保組合 4 その他										
	被 保 険 者 名					資 格 取 得 年 月 日						
	記 号					番 号						
課 税 状 況	<input type="checkbox"/> 市町村民税所得割課税世帯になった。 <input type="checkbox"/> 市町村民税所得割課税世帯でなくなった。											

(裏)

承 諾 書

- 1 私(申請者)及び次の者(世帯員)は、市町村民税の課税状況、世帯状況、医療保険の加入状況その他の子ども医療費の助成制度の利用に関し必要な事項について、市が公簿等により確認することを承諾します。
- 2 高額療養費について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、過払い相当額を市へ支払います。また、市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、市と保険者で負担相当額について相殺することに同意します。
- 3 家族療養費附加給付金を私が保険者から受領した場合は、当該給付金相当額を市へ支払います。

氏 名

氏 名

氏 名

氏 名

注 新しい保護者及び新しい世帯員の方のみ、記入してください。