

別 記

第1号様式（第2条関係）

子ども医療費助成登録申請書

年 月 日

鎌ケ谷市長 様

鎌ケ谷市子ども医療費助成の受給資格の登録を申請します。

申請理由	1 出生	2 転入	3 その他（ ）
申請者		配偶者	
住所	鎌ケ谷市		同左・他住所（ ）
1月1日現在の住所	鎌ケ谷市・市外（国内 ・海外）		鎌ケ谷市・市外（国内 ・海外）
前年の住所	鎌ケ谷市・市外（国内 ・海外）		鎌ケ谷市・市外（国内 ・海外）
フリガナ			
氏名			
生年月日	年 月 日	年 月 日	
電話番号	（ ）		（ ）

子ども	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	年 月 日
	加入（予定）健康保険	1 社保 2 国保 3 国保組合 4 その他の国保組合 5 その他（ ） ※保険証コピー添付		

世帯全員 （同居親族等を含む。）	氏名	続柄	氏名	続柄
	1		申請者	5
2			6	
3			7	
4			8	

所得等確認承諾書

子ども医療費助成登録における自己負担金額等の判断に必要な私の世帯の所得額及び市民税額等を確認することを承諾します。
（申請時から受給期間終了日まで）

氏名 個人番号
 氏名 個人番号
 氏名 個人番号
 氏名 個人番号

- 高額医療費について鎌ケ谷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、過払い相当額を鎌ケ谷市へ支払います。
- 鎌ケ谷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。
- 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、該当相当額を鎌ケ谷市へ支払います。

※市記入欄 【本人申請】 来庁 郵送
 本人： 番号 身元
 配偶者： 番号
 同居親族等： 番号

【代理人申請】 来庁 郵送
 本人： 番号
 配偶者： 番号
 同居親族等： 番号
 代理権 身元