

こども医療費受給者証交付申請書

平成 31 年 4 月 5 日

(宛先) 小樽市長

申請者 住所 小樽市 花園2 丁目 12 番 1 号

氏名 小樽 太郎



自宅 0134-32-4111
電話 携帯 012-3456-7890 (父)
連絡先 ()

こどもとの続柄 (父) 母・ ()

31年 4月 1日 (出生) 転入・ () しましたので、下記のとおり、こども医療費受給者証の交付を申請します。

氏名 (フリガナ)	(オタル ツツジ) 小樽 つつじ 男 (女)	生年月日	31年 4月 1日生	受給者番号	
	()	個人番号		宛名番号	
	男・女	生年月日	年 月 日生	受給者番号	
	()	個人番号		宛名番号	
	()	生年月日	年 月 日生	受給者番号	
	男・女	個人番号		宛名番号	

維持者 主たる生計	申請者と同じ場合は□にチェックしてください。	<input checked="" type="checkbox"/> 氏名	続柄 父・母・()	宛名番号
		<input checked="" type="checkbox"/> 住所		
公簿等で確認する場合は□にチェックし記入不要です。		<input checked="" type="checkbox"/> 所得額 () 円	扶養人数 () 人	

生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	児童手当の申請	<input type="checkbox"/> 主計者が申請済 <input checked="" type="checkbox"/> 申請予定 <input type="checkbox"/> 未申請 理 ()
---------	--	---------	--

保険証のコピーを添付してください。

出生の場合は、お子様本人の健康保険証、もしくは父、母、または世帯主のうち、お子様を扶養に入れる方の健康保険証の写しを添付願います。また、母子手帳の写しも必要になります。

資格取得日	年 月 日
受給者証交付日	年 月 日
有効期限	日
備考	主たる生計維持者が、1月2日以降に小樽市へ転入している場合は、申請時に所得課税証明書が必要になります。また、主たる生計維持者の住民税が非課税の場合は、御家族全員(18歳未満を除く)の所得課税証明書も必要になります。

太枠の中を記入してください。裏面も記入してください。

※裏面にも記入欄があります。

上記の申請内容を審査した結果、主計者は、 申請どおり 又は それ以外の者 () と認定し、
 適当と認めたので、受給者証を交付する。(受給者証の区分：初 () ・課)
 受給要件に該当しないため、受給者証は交付しない。

※所得課税状況等については、

年 月 日 公簿等 により確認済み

課長	係長	係	入力	受付

(裏)

同意書

小樽市子ども医療費助成事業の医療費助成を受けるに当たり、次の事項に同意します。

- 1 小樽市が対象者、対象者と同一の世帯に属する者及び対象者の同居の扶養義務者（民法（明治29年法律第89号）第877条第1項に定める扶養義務者をいう。）の所得の状況及び市町村民税の課税状況並びに生活保護、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付（中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律（平成19年法律第127号）附則第4条第1項に規定する支援給付を含む。）、児童手当及び児童扶養手当の受給状況について、税務資料その他の公簿等により調査する（情報提供ネットワークシステムを使用して、地方税関係情報を照会することを含む。）こと。
- 2 小樽市が小樽市子ども医療費助成事業に必要な受給者資格に関する情報について、戸籍、住民基本台帳その他の公簿等により調査すること。
- 3 小樽市が小樽市子ども医療費助成事業に必要な対象者及び対象者と同一の世帯に属する者の医療給付に関する情報を加入する医療保険の保険者に照会し、提供を受けること。
- 4 小樽市子ども医療費助成事業の医療費助成を受けた場合において、加入する医療保険の保険者から支払われる高額療養費の受領を小樽市に委任すること。
- 5 独立行政法人日本スポーツ振興センターによる医療に関する給付制度の対象となるものである場合において、独立行政法人日本スポーツ振興センターから支払われる災害共済給付に係る医療費の受領を小樽市に委任すること。
- 6 小樽市子ども医療費助成事業の医療費助成を受けた場合において、加入する医療保険の保険者から高額療養費が私へ支払われた場合は、子ども医療助成事業の医療費助成額に応じた高額療養費を小樽市に返還すること。
- 7 災害共済給付など他制度又は法令等による医療費の支給と小樽市子ども医療費助成事業の医療費助成相当額を小樽市に返還すること。

小樽市内に住所を有する方については、個人番号欄は空欄でもかまいません。

下記に当てはまる場合は署名又は記名捺印してください。

- ①対象者の親
 - ②対象者の被保険者
 - ③対象者の保護者
 - ④対象者の主たる生計維持者
- 注 対象者が未成年者で、その法定代理人の署名等が既にある場合はその未成年者の対象者の同意は不要

※処理欄
対象者宛名番号

申請者 氏名

小樽 太郎 印

個人番号

氏名

小樽 花子 印

個人番号

氏名

印

記名の場合は捺印が必要です。

個人番号