

(宛先)白井市長

申請者 (保護者)	住 所	〒	
	電 話		
	氏 名		子どもとの続柄 父・母 その他()

下記のとおり、子ども医療費助成登録の内容に変更・誤りがありましたので、登録の変更及び子ども医療費助成(受給券・資格認定通知書)の変更を申請します。

記

◎変更の内容 1. 住所 2. 保険 3. 口座 4. 子の氏名 5. 保護者【住所・氏名・その他()】

子 ど も	住 所	〒		
	フリガナ		受給者番号	
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
	フリガナ		受給者番号	
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
	フリガナ		受給者番号	
保 護 者 氏 名	住 所	〒		子どもとの続柄 父・母 その他()
	フリガナ		個人番号	
	氏 名			
	住 所	〒		子どもとの続柄 父・母 その他()
	フリガナ		個人番号	
	氏 名			
振 込 口 座	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協		本店 支店(支所)
	口座番号		種 別	普通・当座
	フリガナ			
	口座名義人			

※ 保険変更は、保険証のコピーを添付してください

注1) 変更があった事項のみ記入してください。

注2) 保護者変更の場合、裏面の記入が必要な場合があります。

裏面

承 諾 書

私は、子ども医療費の助成を受けることができる期間において次の事項を承諾します。

- 1、白井市が助成金の算定に必要な私の市民税額、合計所得金額、所得控除額の内訳、扶養人数その他必要な事項及び住民基本台帳を確認すること。【保護者が市外に居住の場合や市民税額、合計所得金額、所得控除額の内訳、扶養人数その他必要な事項の確認に承諾されない場合は、住民票及び所得等証明書(市民税額、合計所得金額、所得控除額の内訳、扶養人数その他必要な事項が記載されているもの)の提出が必要になります。】
- 2、白井市国民健康保険の高額医療費の支給を受けられる場合で、当該高額療養費の一部又は全部を白井市が負担した場合は、白井市が私に代わって当該高額療養費を保険者に請求し受領すること。
- 3、高額療養費について白井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、過払い相当額を白井市へ支払います。
- 4、私が付加給付金を保険者から受領した場合は、当該相当額を白井市へ支払います。

保護者氏名

保護者氏名