

第8号様式（第12条第1項）

子ども医療費助成受給資格変更届

年 月 日

香取市長 伊藤 友則 様

〒

申請者 住 所

(保護者) 氏 名

(子どもとの続柄)

電話番号

子ども医療費助成受給資格の登録内容に変更がありましたので、次のとおり届出します。

変更事由 (該当項目に○)		転居 加入保険 振込口座 その他 ()			
子ども	住所	〒		生年月日	年 月 日
	フリガナ 氏名	-----		受給者番号	
保護者	氏名	続柄	住所 (子どもと別居の場合)	個人番号	
加入医療保険		<input type="checkbox"/> 被保険者証等 (子ども) の写しを添付します			
振込先口座		<input type="checkbox"/> 助成金振込先の口座の写しを添付します			
承 諾 書 (新たに保護者となる方のみ)					
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、子ども医療費助成金の算定に必要な私の世帯の市民税の課税状況、及び住民票を公簿等 (マイナンバー制度による情報連携を含む。) で確認すること。					
2、高額医療費について、香取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、過払い相当額を香取市へ支払います。					
3、香取市が高額療養費の一部、又は全部を負担した場合は、香取市が私に代わって保険者に請求し、高額療養費を受領することを委任します。					
4、私が保険者から家族療養費付加給付金を受領した場合は、当該相当額を香取市へ支払います。					
氏名 _____		氏名 _____			
変更年月日	年 月 日				

※氏名は自署してください。

市 処 理 欄	階層変更	有 (月 ~ →) / 無	受給券等	/ 窓口・郵送
	個人番号	<input type="checkbox"/> 番号確認 <input type="checkbox"/> 本人確認	台帳入力	<input checked="" type="radio"/> システム / <input type="radio"/> システム
	不足書類	保 口 税 (父・母) _____ 年度 その他 ()	保留事項	・児童手当 ・その他 ()