

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

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

香取市長 様

〒287-0815

申請者 住 所 香取市佐原口 2127 番地

(保護者) 氏 名 香取 太郎 印

(子どもとの続柄 父 )

電話番号 0478-50-1257

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 <b>加入保険</b> 振込口座 その他 ( )				
子ども	住所	〒287-0815 香取市佐原口 2127 番地		生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
	フリガナ 氏名	カトリ イチロウ 香取 一郎		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	
	香取 太郎	父		□□□□□□□□□□	
	香取 花子	母		□□□□□□□□□□	
加入医療保険	<input checked="" 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 checked="" 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 <u>香取 太郎</u> 印 氏名 <u>香取 花子</u> 印					
変更年月日	平成 〇〇年〇〇月〇〇日				

※記入・押印に代えて署名することができます。