

〇年 〇月 〇日

南房総市長 宛

申請者（保護者）
住 所 南房総市谷向100番地
氏 名 北 春子
電 話 0470-46-2936

子どもの氏名	北 花子	生年月日	〇年〇月〇日	個人番号	987654321098
--------	------	------	--------	------	--------------

次のとおり子ども医療費助成受給資格登録の内容に変更があ

住 所	新	南房総市岩糸2489番地		変更する項目のみ記入																									
	旧	南房総市富浦町青木28番地																											
氏 名	新	ふりがな	きた はなこ	個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8													
		氏 名	北 花子																										
	旧	ふりがな	みなみ はなこ	個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8													
		氏 名	南 花子																										
加入医療保険		保 険 者 名	南房総市																										
		保 険 者 番 号	120436																										
		保 険 種 別	1 社保 2 国保 3 国保組合 4 その他の国保組合 5 その他																										
		被 保 険 者 名	北 花子																										
		記 号 番 号	記号	43	番 号	7000000																							
		資格取得年月日	〇年〇月〇日																										
保護者	新	ふりがな	きた はるこ	生年月日													個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
		氏 名	北 春子	〇年〇月〇日													下記承諾書へ署名ください												
	旧	ふりがな	みなみ はるこ	生 年 月 日													個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
		氏 名	南 春子	〇年〇月〇日																									
自己負担区分		該当に○をしてください。 1 所得割が課税されなくなった。 2 所得割が課税されるようになった。																											
承 諾 書 申請時から子ども医療費助成資格を喪失するまで、私の世帯の市民税及び上記世帯の住民票を確認することを承諾します。また、市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、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、高額療養費について南房総市が過払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、過払相当額を南房総市へ支払います。その他、家族療養費附加給付金等を私が保険者から受領した場合は、当該相当額を南房総市へ支払います。 氏名 北 春子																													
※保護者が市外に住所を有する場合、又は、上記承諾書に承諾されない場合は、市町村民税課税証明等（市町村民税額・所得金額・控除額・扶養親族の数の記載があるもの）の提出が毎年必要になります。																													
南房総市使用欄																													
【添付書類等確認欄】 ☐ 子どもの医療保険各法の規定による被保険者又は被扶養者であることを証する書類 ☐ 市町村民税証明書等（市町村民税額・所得金額・控除額・扶養親族の数の記載があるもの） ※申請日の前年度の1月1日（4月分から7月分までの申請の場合は、前々年度の1月1日）に南房総市に住所があった方で、上記に承諾された方は不要。																													

注）変更があった事項のみ記入してください。