

# 記入例 (受給券新規申請書)

発券	
カード	免許/マイナンバーカード
( )	( )

〇年 〇月 〇日

四街道市長

基本的には、申請者はお子さん  
さんの保険証の被保険者となっ  
ている保護者の方です。

申請者氏名 **四街道 太郎**  
付申請書

四街道市子ども医療費助成条例第6条第1項の規定により、下記のとおり子ども医療費助成受給券の交付を申請します。

## 記

(申請者)	フリガナ	ヨツカイドウ タロウ	生年	〇〇年〇月〇日	続柄	父・母・
	氏名	四街道 太郎	月日		( )	
	住所	四街道市〇〇〇〇				
	電話番号	×××-××××-××××	個人番号	××××××××××××××		
(配偶者)	フリガナ	ヨツカイドウ ハナコ	生年	〇〇年〇月〇日	続柄	父・母・
	氏名	四街道 花子	月日		( )	
	住所	同上				
	電話番号	×××-××××-××××	個人番号	××××××××××××××		
子ども	フリガナ	ヨツカイドウ イチロウ	フリガナ	ヨツカイドウ イチコ		
	氏名	四街道 一郎	氏名	四街道 一子		
	生年月日	〇〇年〇月〇日	生年月日	〇〇年〇月〇日		
	年齢階層	児童等 <b>高校生等</b>	年齢階層	児童等・高校生等		
	性別	男	性別	女		
住所	同上	住所	同上			
加入医療	保険者名	認定年月日 H17/4/10	認定年月日 H20/3/20	認定年月日		
	記号番号	記号	番号	記号	番号	
生活保護受給状況	<input type="checkbox"/> 受給している <input checked="" type="checkbox"/> 受給していない		受給中の場合は申請できません。 申請中の場合はご相談ください。			
同意書 子ども医療対策事業の運営に必要な、私の地方税関係情報について、四街道市が確認することに同意します。						
氏名 <b>四街道 太郎</b>		氏名 <b>四街道 花子</b>				
確約書 私は次の事項について確約します。						
1 高額医療費について、四街道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全額を四街道市へ返還すること。また、四街道市が高額療養費の全額を負担する場合は、相当額を四街道市へ返還すること。						
2 家族医療費について、四街道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全額を四街道市へ返還すること。また、四街道市が高額療養費の全額を負担する場合は、相当額を四街道市へ返還すること。						
3 独立行政法人日本スポーツ振興センターの医療費共済給付の対象となる医療費について、子ども医療費助成受給券を使用した場合、助成された額を四街道市に返還すること。						
		氏名 <b>四街道 太郎</b>				

高校生等のお子さん  
についてのみ書いて  
ください。

高校生等に  
〇をつけて  
ください。

お子さんの保険が  
認定された日(適  
用開始日など)

加入している健康保険  
の被保険者(保険加入  
者本人)の名前

受給中の場合は申請できません。  
申請中の場合はご相談ください。

同意書欄は保護者(父母)の署名  
確約書欄は健康保険の被保険者の署名