

子ども医療費助成登録事項変更届

年 月 日

鎌ヶ谷市長 様

現在の届出者 (現在の保護者)	住所	鎌ヶ谷市
	電話	( )
	氏名	(子どもとの続柄 )

下記のとおり子ども医療費助成受給登録の内容に変更・誤りがありましたので届け出ます。

記

変更対象となる子ども

氏名			
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

変更事由 変更があった事項のみ記入して下さい。

変更内容	1 市内転居 2 保護者変更 3 加入保険変更 4 その他 ( )				
加入保険	※変更する子どもの保険証の写しが必要です。				
住所	(旧)				
	(新)				
子どもの氏	(旧)				
	(新)				
保護者 (同居親族等)	変更理由 ( )				
	保護者(同居親族等)でなくなった方	氏名	生年月日		
				年 月 日	
	新たに保護者(同居親族等)となる方	氏名	生年月日	1月1日現在の居住市区町村名 ※市外の場合のみご記入ください。	
				前年	本年
		氏名	生年月日	1月1日現在の居住市区町村名 ※市外の場合のみご記入ください。	
前年				本年	

課税状況の変更	<input type="checkbox"/> 非課税世帯から課税世帯(無料から300円) <input type="checkbox"/> 公費負担者番号変更 <input type="checkbox"/> 課税世帯から非課税世帯(300円から無料)
---------	---

※この同意書は、新たに保護者(同居親族等)になった方がいる場合のみ記入して下さい。

同意書

子ども医療費助成登録における自己負担額等の判断に必要な私の世帯の所得額及び市民税額等を確認することを承諾します。  
(申請時から受給期間終了まで)

氏名 個人番号 ㊟  
氏名 個人番号 ㊟

- 高額医療費について鎌ヶ谷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、過払い相当額を鎌ヶ谷市へ支払います。
- 鎌ヶ谷市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、市と保険者で負担相当額について相殺することに同意します。
- 家族療養費付加給付金を私が保険者から受領した場合は、該当相当額を鎌ヶ谷市へ支払います。

※市記入欄 【本人申請】  来庁  郵送  本人:  番号  身元  配偶者:  番号  同居親族等:  番号

【代理人申請】  来庁  郵送  本人:  番号  配偶者:  番号  同居親族等:  番号  代理権  身元