

子ども医療費助成受給券記載事項等変更届

年 月 日

(あて先) 千葉市長

保護者

氏名

住所 千葉市 区

※必ず記入してください。

(1人目) 受給者番号
(フリガナ) 子ども氏名	
生年月日	年 月 日
(2人目) 受給者番号
(フリガナ) 子ども氏名	
生年月日	年 月 日

(携帯電話など日中、平日の連絡先)

連絡先	- - -
連絡先電子 メールアドレス	@

(3人目) 受給者番号
(フリガナ) 子ども氏名	
生年月日	年 月 日

次のとおり変更がありましたので届け出ます。

※変更のある事項にチェックを付け、下記該当欄へ変更箇所のみ記入してください。

<input type="checkbox"/> 氏名	<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 保護者(生計中心者)	<input type="checkbox"/> 子どもの加入医療保険	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税状況		
<input type="checkbox"/> 子ども	<input type="checkbox"/> 保護者	<input type="checkbox"/> 子ども	<input type="checkbox"/> 保護者	<input type="checkbox"/> 繰離婚	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> その他

氏名	変更後		変更前	
	フリガナ			
子ども				
フリガナ				
子ども				
フリガナ				
子ども				
フリガナ				
保護者				

新住所			
-----	--	--	--

氏名	変更後		変更前	
	フリガナ			
生年月日	年 月 日		年 月 日	

同意書

千葉市が子どもの医療費の助成に関する条例に基づく事務処理に必要な範囲内で、私の市町村民税に係る課税状況、所得金額その他市町村民税の賦課に関する情報、生活保護の受給の有無、千葉市国民健康保険に加入している場合は子どもの資格情報及び千葉市から児童手当を受給している場合は児童手当法上の児童の資格情報について、公簿等により確認することに同意します。

保護者氏名
(生計中心者)個人番号

課税住所地*

* 上記同意書に同意されない場合や千葉市が公簿等で確認できない情報がある場合、市町村民税課税証明書等(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)の提出が毎年必要になります。

※課税住所地とは市町村民税が賦課されている市町村のことです。

子どもの加入医療保険	名称			
	保険者番号	認定年月日	年 月 日
	被保険者名			
	記号番号	記号	番号	

市町村民税課税状況 (該当する項目にチェックしてください。)	<input type="checkbox"/> 所得割が課税されなくなった。(年度分市民税)
	<input type="checkbox"/> 所得割が課税されるようになった。(年度分市民税)