様式第１号の２

子ども医療費助成多子世帯申告書

年　　月　　日

（あて先）千葉市長

この申告書に記載の子等を扶養し、又は養育していることに相違ありません。

申告者（保護者）	生計中心者	フリガナ		生計中心者以外（配偶者等）	フリガナ	
		氏名			氏名	
		住所			住所	
	連絡先電話番号	（携帯電話など平日、日中の連絡先） ―　　―		連絡先電子メールアドレス	@	

子等	出生順位	子等氏名	生年月日	保護者の健康保険に加入（被保険者名）	同居・別居の別	別居の場所の住所
	1		年　月　日	はい・いいえ（　　）	同居・別居	
	2		年　月　日	はい・いいえ（　　）	同居・別居	
	3		年　月　日	はい・いいえ（　　）	同居・別居	
	4		年　月　日	はい・いいえ（　　）	同居・別居	
	5		年　月　日	はい・いいえ（　　）	同居・別居	
	6		年　月　日	はい・いいえ（　　）	同居・別居	
	7		年　月　日	はい・いいえ（　　）	同居・別居	
	8		年　月　日	はい・いいえ（　　）	同居・別居	

同意書

この申告書の内容を確認するために必要な範囲内で、私及び私の属する世帯員の以下の情報を千葉市が公簿等により確認することに同意します。なお、このことについて、私の属する世帯員の同意を得ています。

（１）住民基本台帳の住民情報及び生活保護の受給の有無
（２）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
（３）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

上記の子等を扶養し、又は養育している保護者名（生計中心者）（※）

上記の子等を扶養し、又は養育している保護者名（生計中心者以外）（※）

（※）本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

※ 上記同意書に同意されない場合や千葉市が公簿等により申告書の内容を確認できない場合は、別途扶養状況等が分かる書類の提出が必要になります。

子等の被保険者証（健康保険証）の写し（コピー）を裏面に貼り付けてください。

【被保険者証（健康保険証）の写し　貼り付け欄】

※表面に記載した子等<u>全員</u>の被保険者証（健康保険証）の写し（コピー）を貼り付けてください。
※写しを貼り付ける際は、重ならないように貼っていただくようお願いします。