様式第１号

子ども医療費助成受給券交付申請書

年　　月　　日

（あて先）千葉市長

子ども医療費の助成を受けたいので、受給券の交付について申請します。
また、助成に当たり、千葉市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、市と保険者との間で負担相当額について相殺することに同意します。

子ども	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名		性　別	男　・　女
	住　所	千葉市　　区		
	□　ご兄弟がいる方は、左記にチェックをお願いします。			
申請者（生計中心者）	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名		続　柄	（対象の子どもから見て）
	住　所	□対象の子どもと同居（**記入不要**）　□対象の子どもと別居（以下に記入）		
	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	@
	個人番号		課税住所地 ※	
	①今回の申請児童を含めて、養育し、又は扶養している子等が３人以上いる。 ※養育・・・子ども医療費又は児童手当の対象　※扶養・・・前年の税扶養又は本年中の健康保険の扶養対象 □はい　□いいえ			
	②（①で「はい」の場合）①にて養育し、又は扶養している子等の全員が以下のア又はイのいずれかに該当し、申請者（生計中心者）が下記の同意書に同意する。 ア　子等の生計中心者が千葉市の子ども医療費助成の受給対象である。 イ　児童手当の算定対象（０歳から１８歳になる年度末までの年齢の子）であり、以下のいずれにも該当する。 （ア）申請者（生計中心者）が千葉市から児童手当を受給している（申請中の場合を含む。）。 （イ）申請者（生計中心者）が公務員ではない。　□はい　□いいえ			
	②にて「いいえ」の場合、以下のア及びイの全てに該当し、かつ、申請者（生計中心者）が下記の同意書に同意する場合を除き、別途子ども医療費助成多子世帯申告書（様式第１号の２）の提出が必要となります。 ア　生計中心者が申請年の１月１日（４月から７月までの申請（受給券の有効期間の始期が申請年度の８月１日となるものを除く。）の場合は前年の１月１日）に千葉市に住所がある。 イ　本市の市民税の課税状況にて養育又は扶養している子等の扶養の内容が確認できる。			
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	

※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。

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。

申請者氏名
（生計中心者）

※　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。

千　葉　市　使　用　欄

１申請理由　□出生　・　□市外転入（　県内・県外　）　・　□更新　・　□その他

２添付書類　①子どもの健康保険証の写し　□有　・　□不要　・　□後日提出
②　年度課税証明書又は非課税証明書　□有　・　□不要　・　□後日提出
※　申請年の１月１日（４月から７月までの申請（受給券の有効期間の始期が申請年度の８月１日となるものを除く。）の場合は前年の１月１日）に千葉市に住所があり、同意書に同意された方又は個人番号の記載があり上記同意書に同意された方で、児童手当を千葉市から受給されている方（公務員を除く。）は不要です。
③その他（　　）

３児童手当の申請　□有　・　□無　（□公務員　・　□千葉市外　・□その他（　　））