

様式第 4 号(第 9 条、第 15 条関係)

子ども医療費助成登録変更申請書
子ども医療費助成資格登録変更届

年 月 日

芝山町長 様

申請者 (保護者)	住所	〒
	電話	
	氏名	(子どもとの続柄)

子ども医療費助成受給資格登録の内容に変更・誤りがありましたので、次のとおり受給登録の変更及び子ども医療費助成受給券の変更を申請します。

【対象となる子ども】

フリガナ		受 給 者 番 号					
氏 名							
		生 年 月 日					
		年 月 日					

【変更事項】 変更があった事項のみ記入してください。

加入医療保険	保 険 者 名			保険者番号		
	被 保 険 者 名					
	記 号 番 号	記号			番号	
	資格取得年月日	年 月 日				
住所	旧住所			新住所		
氏名	旧氏名			新氏名		
保護者	変更理由 ()					
	新たに保護者となる方 (同意書に署名が必要となります。)					
	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏名			個人番号		
	保護者でなくなる方					
	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏名					

※同意書は、新たに保護者となった方のみ記入してください。

同意書	
私は、芝山町子ども医療費の助成を申請するにあたり、本制度を利用する間、以下の内容について同意します。	
1 所得情報、住民登録情報、健康保険加入状況、医療費情報等の個人情報について、町が公簿等（マイナンバー情報照会を含みます）により確認すること	
2 高額療養費及び附加給付金の支給状況等の必要な事項について加入保険者に照会すること。	
3 高額療養費について芝山町が過払いとなっている場合は、保険者から受領した高額療養費のうち、過払相当額を町に支払うこと。	
4 家族療養費附加給付金を保険者から受領した場合は、当該相当額を町に支払うこと。	
氏名	