

第1号様式(第7条関係)

子ども医療費助成受給資格登録申請書

年 月 日

匝瑳市長 あて

下記のとおり、子ども医療費の助成を受けたいので、匝瑳市子ども医療費の助成に関する規則第7条第1項の規定により申請します。

記

保護者	住 所												
	フリガナ氏名							電話					
	個人番号												
	フリガナ氏名							電話					
	個人番号												
子ども	住 所						性別			年 月 日			
	フリガナ氏名								生年月日				
世帯構成		氏 名	続 柄		氏 名	続 柄							
	1			5									
	2			6									
	3			7									
	4			8									
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											
市民税確認承諾書													
助成金の算定に必要な期間、私の市民税額を確認することを承諾します。													
										氏名	㊟		
										氏名	㊟		
※ 子ども医療費県補助金申請又は高額療養費の自己負担限度額が、市民税額によって異なるためです。													

高額医療費について市が過払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、過払相当額を市へ支払います。

また、市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、市が私に代わって保険者に請求し、高額療養費を相殺することを委任します。

なお、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、当該相当額を市へ支払います。

氏名 ㊟