

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 | 生年月日 | 年 月 日 |    |   |  |  |
|   | フリガナ氏名        |       |     |   |     |     |    |      |       |    |   |  |  |
| 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 ㊟