

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

令和 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						電話	
	フリガナ							
	氏名						電話	
	個人番号							
	フリガナ						電話	
	氏名							
個人番号								
子ども	住所				性別	生年月日 平成 年 月 日 令和		
	フリガナ				男・女			
	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。								

AM・PM
時 分受付
父 母
マイナンバーカード
個人番号通知カード
免許証
その他()
説明済

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