

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											AM・PM 時分受付 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 個人番号通知カード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 説明済	
	フリガナ						電話						
	氏名												
	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											
<p>市民税確認承諾書</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;">氏名</p> <p style="text-align: right;">氏名</p> <p>※ 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。</p>													

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