

# 子ども医療費助成申請書

年 月 日

長南町長 様

次のとおり、子ども医療費助成の申請をします。

保護者氏名	住所	〒				
	フリガナ名		子どもの続柄		電話番号	—
子ども	住所	〒				
	フリガナ名		生年月日	年 月 日		
			性別	男 ・ 女		
世帯全員		氏名	続柄		氏名	続柄
	1			5		
	2			6		
	3			7		
	4			8		
(添付書類) 1 被保険者証等の写し (子どもの氏名が記載されたもの) 2 子ども医療費助成金の算定に必要な住民税額及び所得の状況を証する書類 (転入の方及び下記住民税確認承諾書の承諾を頂けない方)						
加入医療保険	保険者名					
	保険者番号					
	保険種別	1 社保 2 国保 3 国保組合 4 その他の国保組合 5 その他				
	被保険者名					
	記号番号	記号		番号		
資格取得年月日	年 月 日					
<b>住民税等確認承諾書</b> 助成金の算定に必要な、私の世帯の住民税額及び所得を確認することを承諾します。 (確認期間 年度分～9歳に達する年度分まで)  氏名 <span style="float: right;">㊦ (子どもとの続柄: )</span>  氏名 <span style="float: right;">㊦ (子どもとの続柄: )</span> 千葉県子ども医療費助成事業補助金又は高額療養費の自己負担限度額が、住民税額等によって異なるためです。						

高額療養費について長南町が過払い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、過払い相当額を長南町へ支払います。また、長南町が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、長南町が私に代わって保険者に請求し、高額療養費を受領することに同意します。また、家族療養費附加給付金を私が保険者から受領した場合は、当該相当額を長南町へ支払います。

記入例

子ども医療費助成申請書

年 月 日

長南町長 様

次のとおり、子ども医療費助成の申請をします。

保護者氏名	住所	〒297-0000 長南町〇〇〇〇番地			
	フリガナ名	チョウナン タロウ	子どもとの続柄	父または母等	
		長南 太郎 ㊟	電話番号	〇〇 - 〇〇〇〇	
子ども	住所	〒297-0000 長南町〇〇〇〇番地			
	フリガナ名	チョウナン ハナコ	生年月日	〇年 〇月〇日	
		長南 花子	性別	男 ・ 女	
世帯全員	氏名	続柄		氏名	続柄
	1	長南 太郎	本人	5	保護者・児童を含めた 世帯全員を記入する 保護者を本人とした続柄
	2	長南 〇〇子	妻	6	
	3	長南 花子	子	7	
	4			8	
(添付書類)					
1 被保険者証等の写し (子どもの氏名が記載されたもの)					
2 子ども医療費助成金の算定に必要な住民税額及び所得の状況を証する書類 (転入の方及び下記住民税確認承諾書の承諾を頂けない方)					
加入医療保険	保険者名				
	保険者番号				
	保険種別	1 社保 2 国保 3 国保組合 4 その他の国保組合 5 その他			
	被保険者名				
	記号番号	記号		番号	
資格取得年月日	年 月 日				
<p style="text-align: center;"><b>住民税等確認承諾書</b></p> <p>助成金の算定に必要な、私の世帯の住民税額及び所得を確認することを承諾します。</p> <p style="text-align: center;">(確認期間 年度分～9歳に達する年度分まで)</p> <p>氏名 ㊟ (子どもとの続柄: )</p> <p>氏名 ㊟ (子どもとの続柄: )</p> <p>千葉県子ども医療費助成事業補助金又は高額療養費の自己負担限度額が、住民税額等によって異なるためです。</p>					

住民税額及び所得の確認をしますので承諾される方は記名・押印をお願いします

保険証に記載されている名称・番号等を記入してください

高額療養費について長南町が過払い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、過払い相当額を長南町へ支払います。また、長南町が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、長南町が私に代わって保険者に請求し、高額療養費を受領することに同意します。また、家族療養費附加給付金を私が保険者から受領した場合は、当該相当額を長南町へ支払います。