

別記

様式第1号（第7条第1項関係）

子ども医療費助成受給資格認定申請書

年 月 日

銚子市長 様

子ども医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

保護者 (申請者)	住 所	〒										
	フリガナ		子どもとの続柄	電話番号								
	氏 名											
	個人番号											
子 ど も	住 所	(保護者と異なる場合のみ記入) 〒										
	フリガナ		性 別	生年月日								
	氏 名			男・女	年 月 日							
				個人番号								
世 帯 員		氏 名	続柄	個 人 番 号								
	1											
	2											
	3											
	4											
	5											
	6											
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							
	被保険者名			認定年月日								
	記 号			番 号								

承 諾 書

- 1 私(申請者)及び次の者(子ども及び世帯員)は、市町村民税の課税状況、世帯状況、医療保険の加入状況その他の子ども医療費の助成制度の利用に関し必要な事項について、市が公簿等により確認することを承諾します。
- 2 高額療養費について市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、市と保険者で負担相当額について相殺することに同意します。
- 3 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、当該給付金相当額を市へ支払います。

氏 名 氏 名
氏 名 氏 名