

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(世帯員)は、市が子ども医療費の助成に関する規則第7条に基づく事務処理をするときに限って市区町村税の課税状況、世帯状況その他、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、市が取得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