

子ども医療費助成登録申請書

年 月 日

東庄町長 様

申請者 (保護者)	住 所	〒		
	電話番号			
	フリガナ			子どもとの続柄
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	個人番号	

子ども医療費の助成を受けたいので、次のとおり受給資格の登録を申請します。

申請事由 (該当項目に○)	出生 転入 その他 ()				
子 ど も	住 所	□申請者に同じ 〒		生年月日	年 月 日
	フリガナ			個人番号	
	氏 名				
申 請 者 以 外 の 保 護 者	フリガナ 氏 名	続柄	住所		個人番号
			□申請者に同じ 〒		
	生年月日	年 月 日			
			□申請者に同じ 〒		
	生年月日	年 月 日			
加入医療保険	□ 子どもの保険証の写しを添付します				
振込先口座	□ 助成金振込先の口座の写しを添付します				

承 諾 書

私は、子ども医療費の助成を受けることができる期間において次の事項を承諾します。

- 1 子ども医療費助成金の算定に必要な私の世帯の住民基本台帳および町民税の課税状況等を確認すること。
- 2 高額医療費について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、過払い相当額を町へ支払います。また、町が高額療養費の一部または全部を負担した場合は、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。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、当該相当額を町へ支払います。

氏名 _____

※氏名は自署してください