

別記
様式第1号（第5条）

子ども医療費助成申請書

東庄町長 様 年 月 日

東庄町子ども医療費の助成を申請します。

なお、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。町が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、町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。

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、当該相当額を町へ支払います。

保 護 者	住 所 〒				
	フリガナ			電 話 番 号	自宅
	氏 名			(昼間連絡の つくところ)	父携帯 母携帯
子 ど も	住 所 〒				
	フリガナ			生 年 月 日	年 月 日
	氏 名				
世 帯 全 員	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				
	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			
承 諾 書					
本制度を利用する間、子ども医療費の助成対象要件の確認及び助成金の算定のため、私の世帯の住民基本台帳及び町民税の課税状況を確認することについて承諾します。					
氏 名 _____					