

富津市子ども医療費助成金給付申請書

年 月 日

富津市長 様

〒
住 所
電話番号
氏 名 印

子ども医療費の助成を受けたいので、下記のとおり富津市子ども医療費助成金の給付を申請します。

記

子 ども 氏 名			
生 年 月 日	年 月 日	学年	年生
公費負担者番号			
加入医療保険	名 称		
	記号・番号		
	附加給付	無・有 自己負担限度額 円（円未満切捨て）	
振 込 口 座	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協	
	支 店 名	本店・支店	普通 ・ 当座
	口座番号		
	(カタカナ) 口座名義人		

注

- 1 医療費の助成に必要な領収書を添付してください。
- 2 申請時に保険証を提示してください。

(裏)

受給券をお持ちの方は、記載不要です。

承 諾 書

- 1 助成金の算定に必要な私(子どもの保護者)の世帯の市民税額及び住民票(外国人登録)を確認することを承諾します。
- 2 高額医療費について富津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、過払い相当額を富津市へ支払います。
- 3 富津市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、富津市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を委任します。
- 4 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、当該相当額を富津市へ支払います。
- 5 正確に振り込みを行うために、上記の口座情報を金融機関に問い合わせすることに承諾します。

氏 名

印