

富津市子ども医療費助成申請書

年 月 日

富津市長 様

次のとおり富津市子ども医療費の助成を申請します。

出生 ・ 転入

保護者	住 所	〒												
	フリガナ氏名											電話番号	— —	
	1月1日現在の住所	本 年												
	前 年													
子ども	住 所	〒												
	フリガナ氏名											生年月日	年 月 日	
	フリガナ氏名											生年月日	年 月 日	
フリガナ氏名											生年月日	年 月 日		
世帯構成		氏 名	個人番号										続 柄	
	1													
	2													
	3													
	4													
	5													
	6													
	7													
	8													
加入健康保険	保 険 者 名													
	保 険 者 番 号													
	保 険 種 別	1 社保 2 共済 3 国保 4 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													
他の制度適用	有無	1 ひとり親等医療費助成	2 重度心身障害者医療											
		3 育成医療	4 その他 ( )											
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を確認することを承諾します。														
2 高額療養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、富津市が保険者から過払い相当額を受領するときは、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、当該相当額を富津市へ支払います。														
												氏 名	印	
												配偶者氏名	印	

※紙おむつ処理用指定ごみ袋受領確認

交付枚数	枚	交付日	年 月 日	取扱者	
------	---	-----	-------	-----	--

受領者氏名 \_\_\_\_\_