

富津市子ども医療費助成申請書

令和〇年 〇月 〇日

富津市長 様

該当する方に〇

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	〒000-0000富津市下飯野2443番地 ○○アパートA号														
	フリガナ	フツ イロ								電話番号	000 - 000 - 0000					
	氏名	富津 一郎														
	1月1日現在の住所	本年	東京都○○区 ○○ ○○													
	前年															
子ども	住所	〒 同上														
	フリガナ	フツ ジロ								生年月日	H28年 1月 10日					
	氏名	富津 次郎														
	フリガナ	フツ サブロ								生年月日	H30年 2月 20日					
氏名	富津 三郎															
フリガナ									生年月日	年 月 日						
氏名																
世帯構成	氏名	個人番号											続柄			
	1	富津 一郎		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	本人
	2	富津 花子		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	妻
	3	富津 次郎		2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	子
	4	富津 三郎		3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	子
	5															
	6															
	7															
8																
加入健康保険	保険者名	富津市														
	保険者番号	120261											該当する所に〇			
	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	富津 一郎														
	記号番号	記号	富津							番号	12345					
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	富津 一郎		富津		
											配偶者氏名	富津 花子		富津		

※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