

子 ども 医 療 費 助 成 申 請 書

令和 年 月 日

鋸南町長 様

鋸南町子ども医療費助成の申請をします。

子ども	住 所	鋸南町		生年月日		
	フリガナ			性別	個人番号	
保護者①	住 所			電話番号		
	フリガナ 氏 名			続柄	個人番号	
保護者②	住 所			電話番号		
	フリガナ 氏 名			続柄	個人番号	
世帯全員（上記以外）		フリガナ	子どもと		フリガナ	子どもと
		氏 名	の続柄		氏 名	の続柄
	1			4		
	2			5		
3			6			
加入医療保険（子ども）	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				

同 意 書

申請時から子ども医療費助成資格を喪失するまで、助成金の算定に必要な、私の世帯の町民税及び上記世帯の住民票を確認することを同意します。

高額療養費について鋸南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、過払い相当額を鋸南町へ支払います。また、鋸南町が高額療養費の一部又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を委任します。

また、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、当該相当額を鋸南町へ支払います。