

子ども医療費助成受給券変更申請書
子ども医療費助成資格登録変更届

令和 年 月 日

鋸南町長 様

申請者 (保護者)	住所	〒
	電話	
	氏名	印 (続柄)

下記のとおり子ども医療費助成受給登録の内容に変更・誤りがありましたので、受給登録の変更及び子ども医療費助成受給券の変更を申請します。

記

子ども	住所	鋸南町		生年月日				
	フリガナ		性別	個人番号				
	氏名		男・女					
保護者①	住所			保護者②	住所			
	フリガナ		続柄		フリガナ		続柄	
	氏名				氏名			
	電話				電話			
	個人				個人			
世帯全員(上記以外)		フリガナ 氏名	子どもと の続柄		フリガナ 氏名	子どもと 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				
	被保険者名			記号番号	記号	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						
	資格取得	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。

署名 保護者① 氏名 _____ 印 保護者② 氏名 _____ 印

世帯 氏名 _____ 印 氏名 _____ 印

氏名 _____ 印 氏名 _____ 印

子ども医療費助成自己負担金又は高額療養費の自己負担限度額が、住民税額によって異なるためです。

注) 変更があった事項のみ記入して下さい