

子ども医療費助成申請書

年 月 日

長南町長 様

次のとおり、子ども医療費助成の申請をします。

子ども	住所	〒 ー 長南町			
	フリガナ氏名		生年月日	性別	
(保護者1)	住所	〒 ー		電話番号	子どもとの続柄
	フリガナ氏名		年 月 日	男・女	父・母 その他( )
保護者2	住所	〒 ー		電話番号	子どもとの続柄
	フリガナ氏名		年 月 日	男・女	父・母 その他( )
(世帯以外)	氏名	続柄	氏名	続柄	
医療保険	保険者名称			保険者番号	
	保険種別		記号	番号	
	被保険者氏名			認定年月日	
同意書					
1 子ども医療費助成金の算定に必要な、私の世帯員の住民基本台帳及び保護者の地方税関係情報を調査することに同意します。 ただし、公簿等で確認できない場合については、町の指定する年度の所得及び住民税額の課税状況等を証する書類を提出します。					
2 高額療養費について長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、過払い相当額を長南町へ支払います。また、長南町が高額療養費の一部又は、全部を負担した場合は、長南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に同意します。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、当該相当額を長南町へ支払います。					
(確認期間：当該年度分から助成対象期間終了まで)					
保護者1氏名 _____					
保護者2氏名 _____					

注1 子どもが加入する保険証の写しを添付してください。

注2 上記に同意いただけない場合は、保護者の所得課税証明書又は非課税証明書が必要です。