

子ども医療費助成申請書

令和 6 年 5 月 ◇ 日

長生村長 小高 陽一 様

申請者 氏名 **長生 一郎(保護者)**
(保護者) 電話番号 **0475-32-2117**

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	(〒 299-4394) 長生村本郷1-77		
	フリガナ	チョウセイ タロウ	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男
	氏名	長生 太郎	個人番号	
	生年月日	平成 20 年 4 月 26 日	個人番号	1234-5678-9012
保護者	氏名	続柄	住所	個人番号
	長生 一郎	父	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居()	9876
	長生 花子	母	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居(一宮町一宮×-×)	3456-7890-1234
(世帯記 全以外)	氏名	子どもとの続柄	氏名	子どもとの続柄
	長生 次郎	弟		
	長生 緑	祖母		
(添付書類)				
1 被保険者証等の写し(子どもの氏名が記載されたもの)				
2 子ども医療費自己負担金の算定に必要な所得及び市町村民税額の状況を証する書類 (転入の方及び次の承諾書の承諾を頂けない方のみ)				
承 諾 書				
1 助成金の算定に必要な、私の世帯の所得及び住民税額の課税状況等を確認することを承諾します。 ただし、公簿等で確認できない場合については、村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生村が過払いとなっている場合は、私が保険料の過払い額のうち、過払い相当額を村へ支払います。また、村が高額療養費は全部を負担した場合は、村が私に代わって保険者に請求し、高額療養費を委任します。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、当該相当額を長生村へ支払います。				
(確認期間:当該年度分から助成対象期間終了まで)				
氏名 長生 一郎				

日中繋がる番号を記入してください。

上記の子どもと住民票の住所が違う場合は必ず記入してください。

同じ世帯にいる人を記入してください。続柄は上記の子どもから見た関係になります。

上記事項を確認いただき、申請者の氏名を記入してください。