

子ども医療費助成申請書

令和 年 月 日

長生村長 小高 陽一 様

申請者 氏名

(保護者) 電話番号

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	(〒299-43) 長生村		
	フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
	氏 名		個 人 番 号	
	生 年 月 日	平成 年 月 日		
保護者	氏 名	続柄	住 所	個 人 番 号
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居()	
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居()	
(世帯記全以外)	氏 名	子どもとの続柄	氏 名	子どもとの続柄
(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、私が保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を村へ支払います。また、村が高額療養費の一部又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、高額療養費を受領することを委任します。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 _____				