

記載例

別記

第1号様式（第6条第1項）

子ども医療費助成申請書

平成〇〇年〇月〇日

富里市長 様

富里市子ども医療費助成の申請をします。

※なるべく日中連絡の取れる番号をご記入下さい。

保護者氏名	住所	〒286-0221 富里市七栄 652-1			
	フリガナ	トミサト タロウ		電話番号	090-1111-xxxx
氏名	氏名	富里 太郎 ㊟			
（0歳児から中学校3年生まで） 子ども	住所	同上	同上		
	フリガナ	トミサト イチロウ	トミサト ハナコ		
	氏名	富里 一郎	富里 花子		対象者が複数人いて、1枚で収まる場合は、1部のみ提出で足ります。
	生年月日	平成〇年5月5日	平成〇年3月3日		
	続柄	子	子		
世帯構成員	氏名	続柄	氏名	続柄	
	1 富里 太郎吉	祖父 5	富里 花子	本人	
	2 富里 太郎	父 6			※世帯全員の方をご記入ください。 また、お子さんからみた続柄をご記入ください。
	3 富里 市子	母 7			
4 富里 一郎	本人 8				
加入医療保険	保険者名	〇〇健康保険組合 〇〇支部			
	保険者番号	120576			
	保険種別	1. 社保 2. 国保 3. 国保組合 4. 共済組合 5. その他			
	被保険者名	富里 〇〇	お子さんの保険証に記載されている被保険者をご記入ください		
	記号番号	記号	〇	番号	〇〇〇 〇〇〇
資格取得年月日	平成〇〇年〇月〇日				

承諾書

私は、下記の事項について異議なく承諾します。

- 富里市が助成金の算定に必要な私の属する世帯の市民税課税状況、所得状況、住民基本台帳（外国人登録原票）等の公簿を確認すること。
- 高額医療費について富里市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、過払い相当額を富里市へ支払うこと。また、富里市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、富里市と保険者で負担相当額について相殺すること。
- 私が家族療養費附加給付金を保険者から受領した場合は、当該相当額を富里市へ支払うこと。

氏名 富里 太郎 ㊟

※1：必ず保護者の記名・押印が2ヶ所必要となります。健康保険証のコピーとともに御申請ください。

※2：富里市において課税額等が確認できない場合は、証明書の添付が必要となります。