

別記

第1号様式（第6条第1項）

子ども医療費助成申請書

年 月 日

富里市長 様

富里市子ども医療費助成の申請をします。

保護者氏名	住所	〒				
	フリガナ氏名		電話番号	— —		
子ども	住所					
	フリガナ氏名					
	生年月日					
	続柄					
世帯構成員		氏名	続柄		氏名	続柄
	1			5		
	2			6		
	3			7		
加入医療保険	保険者名					
	保険者番号					
	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					
	記号番号	記号		番号		
	資格取得年月日	年 月 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 _____ 印