

## 子ども医療費助成金交付申請書

富里市長 様

子ども医療費助成を受けたいので、次のとおり申請します。

		申請年月日		
申請者 (保護者)	フリカ ナ			
	氏 名	(印) ※自署の場合は押印不要		
	住 所	富里市	電話番号	
子	フリカ ナ			
	氏 名	生年月日		
ど	加入健康 保 険 証	被保険者証等の写しを添付します。		
	付 加 給 付	有 ・ 無		
	他制度適用	有	1. ひとり親等医療費助成 2. 重度心身障害者医療費助成 3. その他 ( )	無
振 込 口	金融機関	銀行 信金 組合 農協	支 店 名	支 店 出張所
	口座種別		口座番号	
座	メイギニン			

※医療費助成受給券の交付を受けていない方は記入してください。

### 承 諾 書

私は、下記の事項について異議なく承諾します。

- 1 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。
- 2 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。
- 3 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 \_\_\_\_\_

(本人署名の場合は押印不要)