

第1号様式（第6条第1項）

子ども医療費助成申請書

（あて先）東金市長

申請年月日	年 月 日		申請事由	1 出生 2 転入 3 その他	
			学年区分	1 小3以下 2 小4以上	
（申 保 護 請 者 ） 者	住 所				
	フリガナ		生年 月日	年 月 日	
	氏 名	㊟		電 話	
		〔続柄〕 父 母 その他（ ）			

東金市子ども医療費助成の申請をします。

なお、高額療養費について東金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東金市に支払います。東金市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、東金市と保険者で負担相当額について相殺することに同意します。

また、家族療養費付加給付金を私が保険者から受領した場合は、当該相当額を東金市へ支払います。

子 ど も	住 所	1 申請者と同じ 2 その他 ※以下に記入			
	フリガナ		生年 月日	年 月 日	
	氏 名				
加 入 医 療 保 険	被保険者、組合員 又は世帯主氏名				
	保 険 者 名 称	1 東金市国民健康保険 2 その他 ※以下に記入			
	保 険 者 番 号				
	対象となる子どもの 資格取得(認定)年月日	年 月 日			
	記 号 番 号	記号		番号	

承 諾 書

本制度を利用する間、子ども医療費の助成対象要件の確認及び助成額の算定のため、当課が市の保有する申請者等の個人情報を閲覧することについて承諾します。

氏名 _____ ㊟ 氏名 _____ ㊟

※ 申請者・承諾者は、氏名を自署することにより、押印を省略することができます。