

## 子ども医療費助成申請書

年 月 日

勝浦市長 様

勝浦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勝浦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、過払い相当額を勝浦市へ支払います。勝浦市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、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、当該相当額を勝浦市へ支払います。

申 (保 護 者)	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	年 月 日	
世 帯 全 員		氏 名	続柄		氏 名	続柄	
	1			5			
	2			6			
	3			7			
	4			8			
振 込 口 座	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協					
	支 店 名	本店・支店			普通口座		
	口 座 番 号						
	(カタカナ) 口座名義人						
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 その他の国保組合 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					
<h3 style="margin: 0;">確 認 承 諾 書</h3> <p style="margin: 5px 0;">子ども医療費助成事業の実施に必要な場合、市の保有する私及び世帯員に関しての情報について、福祉課職員が閲覧することを承諾します。</p> <p style="text-align: right; margin: 10px 0;">保護者氏名 <span style="float: right;">印</span></p>							