

様式第1号（第4条関係）

子ども医療費助成登録申請書

年 月 日

神崎町長 様

子ども医療費の助成を受けたいので、受給資格の登録を申請します。

保 護 者	住 所	〒												
	フリガナ 氏 名									電話 番号				
	個人番号													
子 ど も	住 所	〒												
	フリガナ 氏 名													
	生年月日	年 月 日			年 月 日			年 月 日						
	性 別	男 ・ 女			男 ・ 女			男 ・ 女						
加入 医療 保険	子どもの被保険者証等の写しを添付します。 1. 国民健康保険 2. 職場の健康保険・共済組合													
同 意 書														
助成金の算定に必要な、私の世帯の課税台帳及び住民基本台帳等の閲覧及び下記事項について同意します。														
氏名 ㊟														
高額医療費について神崎町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、過払い相当額を神崎町へ支払います。また、神崎町が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、神崎町が私に代わって保険者に請求し、高額療養費を受領することを委任します。														
なお、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、当該相当額を神崎町へ支払います。														