（様式第1号）

子ども医療費助成申請書

年　　月　　日

九十九里町長　様

申　請　者 （保　護　者）	住　所	〒　　－ 九十九里町	
	フリガナ		電話番号
	氏　名	（子どもとの続柄　　）	－　　－

次の子どもについて、子ども医療費の助成を申請します。
なお、高額療養費について九十九里町が過払いとなっている場合は、保険者から受領した高額療養費のうち、過払分を私が九十九里町へ支払います。
また、家族療養費付加給付金を保険者から受領した場合は、当該相当額を私が九十九里町へ支払います。

子ども	住　所	〒　　－ 九十九里町			
	フリガナ		生年月日	年　　月　　日	
	氏　名				
加入医療保険	保険者名				
	保険者番号				
	保険種別 （該当するものに○）	1　国民健康保険　　2　その他			
	被保険者、組合員又は世帯主	氏　名			
		資格取得年月日			
	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、当課が町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

市町村処理欄

処理番号	交代番号

※　子ども医療費助成申請書の記述内容について、利用目的の範囲を超えて、収集した個人情報を利用（目的外利用）し、又は第三者に個人情報を提供（外部提供）いたしません。