

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)											
	個人番号												
申請者 以外 の 保護者 (配偶者等)	住 所	〒 九十九里町											
	フリガナ							電話 番号	- -				
	氏 名	(子どもとの続柄)											
	個人番号												
子 ど も	住 所	〒 九十九里町											
	フリガナ						生年月日	年 月 日					
	氏 名												
	個人番号												
	保険種別	1. 国民健康保険 2. その他											
世 帯 全 員		氏 名			子どもとの続柄			氏 名			子どもとの続柄		
	1						5						
	2						6						
	3						7						
	4						8						
同 意 書													
子ども医療費助成を申請するに当たり、本制度を利用する間、本件申請に関する事務を処理するために必要な世帯員の住民基本台帳の情報提供並びに世帯の所得及び課税情報に関する情報について調査し、又は確認することに同意します。													
なお、高額療養費について九十九里町が過払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。													
氏名 _____ 氏名 _____													

※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。