

子ども医療費助成申請書

令和 年 月 日

君津市長 様

子ども医療費の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

保護者（子どもを現に監護する）	住 所	電話番号				
	フリガナ	生年月日	年 月 日	性別	男・女	
	氏 名					

子 ど も	住 所					
	フリガナ	生年月日	年 月 日	性別	男・女	
	氏 名					
	フリガナ	生年月日	年 月 日	性別	男・女	
	氏 名					
	フリガナ	生年月日	年 月 日	性別	男・女	
氏 名						

加入医療保険	1 国保 2 社保 3 国保組合 4 その他
--------	---------------------------------

世帯全員	氏 名	続柄	個人番号											
	1													
	2													
	3													
	4													
	5													
	6													
	7													
	8													

同意書

高額療養費について君津市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、過払い相当額を君津市へ支払います。また、君津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又は独立行政法人日本スポーツ振興センター法における災害共済給付金を受領した場合は、当該相当額を君津市へ支払います。

保護者氏名 ㊟

私の本年度分（4月及び5月の申請にあつては前年度分）から子どもが15歳に達する日を含む年度分までの市町村民税額を公簿等により確認することに同意します。

保護者氏名 ㊟

保護者氏名 ㊟