

第7号様式（第14条第1項）

子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

君津市長

様

住 所

申請者 氏 名

(保護者)

(続柄)

個人番号

電話番号

子ども医療費の助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

子 ども	住 所			
	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
	氏 名		学 年	年生
	個人番号		受給者番号	

加 入 医療保険	1 変更なし 2 変更あり ※2の場合は変更届の記入をお願いします。		
他 制 度 用 適 用	有 ・ 無	1 ひとり親医療費助成 2 日本スポーツ振興センターの災害共済給付 3 その他()	

振 込 先	金融機関名	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協	本・支店
	口座種別	普通 ・ 当座	
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義人		

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、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を私が保険者から受領した場合は、当該相当額を君津市へ支払います。

保護者氏名



職 員 使 用 欄	個人番号記載者	本人・世帯主・代理人 ()・職員	21千円以上の場合
	個人番号確認方法	個人番号カード・通知カード・住民票の写し・システム確認・その他 ()	世帯合算 有 ・ 無
	本人確認	運転免許証・個人番号カード・その他 ()	限度額適用 済 ・ 未到達