

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 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、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

