

酒々井町子ども医療費助成受給資格登録事項変更届

年 月 日

(あて先)酒々井町長

変更の理由	転居 ・ 世帯の状況の変更 ・ 氏の変更 ・ 加入健康保険の変更 ・ 所得修正 ・ その他
-------	---

申請者 (保護者)	住所	〒 —									
	氏名				電話番号	— —					

子ども医療費助成受給資格の登録事項内容に変更がありましたので、酒々井町子ども医療費の助成に関する規則第10条第1項の規定により、下記のとおり子ども医療費助成受給資格の登録事項内容の変更を届出します。

記

子ども	受給者番号	1				2				3			
子ども	住所	1. 保護者と同じ 2. その他 (〒)				1. 保護者と同じ 2. その他 (〒)				1. 保護者と同じ 2. その他 (〒)			
	フリガナ												
	氏名												
	生年月日	年 月 日				年 月 日				年 月 日			
	加入健康保険	1. 酒々井町国保 2. その他 (写し添付)				1. 酒々井町国保 2. その他 (写し添付)				1. 酒々井町国保 2. その他 (写し添付)			
	世帯の状況の変更	氏名	事由 (死亡、加入、離脱等)				個人番号						

注)変更があった事項のみ記入してください。

市町村民税確認承諾書

子ども医療費助成金の算定に必要な私の世帯の市町村民税課税状況や国民健康保険の加入状況等について、酒々井町長が確認することを承諾します。

保護者氏名 _____ ④ 保護者氏名 _____ ④

申請条件

- 高額療養費について町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、過払い相当額を町へ返還します。
- 町が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、町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。
- 家族療養費付加給付金を保険者から受領した場合は、該当相当額を町へ返還します。