

酒々井町子ども医療費助成受給券交付申請書

年 月 日

(あて先)酒々井町長

酒々井町子ども医療費の助成に関する規則第6条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

保護者 1 (申請者)	住 所	〒		
	フリガナ		電話 番号	
	氏 名			
	個人番号			
保護者 2 (配偶者)	住 所	1. 保護者 1 と同じ 2. その他 (〒 )		
	フリガナ		電話 番号	
	氏 名			
	個人番号			

子 ども	住 所	1. 保護者 1 と同じ 2. 保護者 2 と同じ 3. その他 (〒 )		
	フリガナ		生 年 月 日	
	氏 名		年 月 日	
	個人番号			

(上記の方以外) 世帯の状況	氏 名	続柄	個 人 番 号											
	1													
	2													
	3													
	4													
加入健康保険		1. 酒々井町国民健康保険 2. その他 (写しを添付)												

<p>市 町 村 民 税 確 認 承 諾 書</p> <p>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。</p> <p>保護者 1 氏名 _____ ④ 保護者 2 氏名 _____ ④</p> <p>申請条件</p> <p>1 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。</p> <p>2 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。</p> <p>3 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。</p>	
--	--

注 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づく個人番号の利用及び特定個人情報の提供に関する条例第4条第4項の利用をしない場合は、子どもの属する世帯の住民票及び市町村民税の課税状況を証明する書類の添付が必要です。