

(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	〒 ー				
	1月1日 時点の住所		電話番号	ー ー		
	フリガナ		子との続柄	個人番号		
	氏 名					
保護者2 (配偶者)	住 所	1. 保護者1と同じ 2. その他 (〒)				
	1月1日 時点の住所		電話番号	ー ー		
	フリガナ		子との続柄	個人番号		
	氏 名					
今回申請する子ども	住 所	1. 保護者1と同じ 2. 保護者2と同じ 3. その他 ()	1. 保護者1と同じ 2. 保護者2と同じ 3. その他 ()	1. 保護者1と同じ 2. 保護者2と同じ 3. 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)		
(上記の方以外) 世帯の状況		氏名	子との続柄		氏名	子との続柄
	1			4		
	2			5		
	3			6		

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1氏名 _____ ④ 保護者2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。