第1号様式(第４条)

子ども医療費助成申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　 年　 月　 日

　白子町長　　様

　　白子町子ども医療費助成の申請をします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 子　　ど　　も | 住　　　所 | 〒299－42　　白子町 |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ氏　　　名 |  | 生年月日 | 性　別 | 個人番号 |
|  | 年　　月　　日 | 男・女 |  |
| 保護者１(申請者) | 住　　　所 | 〒　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　－　　　－ |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ氏　　　名 |  | 子どもとの続柄 | 個人番号 |
| 　　 | 父　・　母その他(　　　　 ) |  |
| 保護者２ | 住　　　所 | 〒　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　－　　　－ |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ氏　　　名 |  | 子どもとの続柄 | 個人番号 |
|  | 父　・　母その他(　　　　 ) |  |
| 世帯構成（上記以外） | 氏　　　名 | 続　柄 | 氏　　　名 | 続　柄 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 同　意　書子ども医療費助成金受けるにあたり、次の事項に同意します。１　子ども医療費助成金の算定に必要な世帯員の住民基本台帳及び保護者の地方税関係情報を調査することに同意します。２　高額療養費について白子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、過払い相当額を白子町へ支払います。また、白子町が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、白子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。家族療養費附加給付金を私が保険者から受領した場合は、相当額を白子町へ支払います。保護者１氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者２氏名　　　　　　　　　　　　　　　 |

注１　子どもが加入する保険証の写しを添付してください。

注２　上記に同意いただけない場合は保護者の所得課税証明書又は非課税証明書が必要です。

　　　（控除対象配偶者となっている方は不要）