

様式第1号(第7条関係)

いすみ市子ども医療費助成受給券交付申請書

令和 年 月 日

いすみ市長 太田 洋 様

次のとおりいすみ市子ども医療費の助成受給券を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

保 護 者	住 所	〒		
	フリガナ		電 話 番 号	—
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
助成の 対象と なる子 ども	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他 ()
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	性 別	男 ・ 女	男 ・ 女	男 ・ 女
加 入 医 療 保 険	保 険 者 名			
	保 険 者 番 号			
	保 険 種 別	1. 社保 2. 国保 3. 国保組合 4. その他の国保組合 5. その他		
	被 保 険 者 名			
	記 号 番 号	記 号	番 号	
	資 格 取 得 年 月 日	年 月 日		
<p>市民税確認承諾書</p> <p>助成金の算定に必要な私の課税状況を確認することを承諾します。</p>				
父	個人番号			
母	個人番号			

- 高額医療費についていすみ市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、過払い相当額をいすみ市へ支払います。また、いすみ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。
- 家族療養費付加給付金を私が保険者から受領した場合は、当該相当額をいすみ市へ支払います。