

大多喜町長 様
 大多喜町子ども医療費助成の申請をします。

保護者氏名	住 所	〒				
	(フリガナ)氏名			電 話 番 号		
	個人番号					
世帯全員		氏 名	続柄	個人番号		
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					
	7					
子ども	住 所	〒				
	(フリガナ)氏名			生 年 月 日	年 月 日	性別 男・女
	個人番号					
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				
住 民 税 額 確 認 同 意 書 子ども医療費助成制度の助成期間中、助成金の算定に必要な私の世帯の住民税額を確認することを同意します。 <div style="display: flex; justify-content: flex-end; gap: 100px;"> 氏名 Ⓜ</div> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; gap: 100px;"> 氏名 Ⓜ</div>						
千葉県子ども医療費助成事業補助金又は高額療養費の自己負担額が、住民税額によって異なるためです。						

高額療養費について大多喜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、過払い相当額を大多喜町へ支払います。また、大多喜町が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、大多喜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。なお、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、当該相当額を大多喜町へ支払います。