

別記第1号様式(第7条関係)

乳幼児医療費助成申請書

年 月 日

大多喜町長 様

大多喜町乳幼児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		
世帯全員		氏名	続柄		氏名	続柄
	1			5		
	2			6		
	3			7		
乳幼児	住所	〒				
	(フリガナ) 氏名		生年月日	年月日	性別	男・女
振込口座	金融機関名					
	支店名		本店・支店	口座種別	普通・他()	
	口座番号					
	(カタカナ) 口座名義人					
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				
住民税額確認承諾書						
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承諾します。						
						(印)
						(印)
						(印)
千葉県乳幼児医療対策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、家族療養費附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。