

栄町長

様

住 所
フリガナ
申請者 氏 名 ㊟
(保護者) 電話番号
(子どもとの続柄)

子ども医療費助成金給付申請書

子ども医療費の助成金の給付を受けたいので、栄町子ども医療費の助成に関する規則第11条第2項の規定により、関係書類を添えて申請します。

子 ど も	住 所			
	フリガナ			性 別
	氏 名			男 ・ 女
	生 年 月 日	年 月 日		
	年 齢 ・ 学 年	歳 ・ 小学校 / 中学校 第 学年		
子 ど も 以 外 の 世 帯 員	氏 名	子どもとの続柄	生 年 月 日	性 別
			年 月 日	男 ・ 女
			年 月 日	男 ・ 女
			年 月 日	男 ・ 女
			年 月 日	男 ・ 女
			年 月 日	男 ・ 女
保険給付に併せて行われる付加給付等		有 (自己負担限度額 円) ・ 無		
公費負担医療制度		有 () ・ 無		
振 込 先 金 融 機 関	銀 行 信用金庫 農 協	本店	口座番号	普通・当座
		支店 支所	フリガナ 名 義 人	
<p>子ども医療自己負担金の額を決定するため、助成対象者の属する世帯の当該年度分（4月1日から7月末日までの期間の申請にあっては、前年度分）の市町村民税の課税状況又は生活保護法の適用を受ける被保護世帯等の確認が必要となりますので、次のいずれか希望される方法を選択し、□にレ印を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該年度分の市町村民税の課税状況を証する書類を添付します。</p> <p><input type="checkbox"/> 生活保護法に基づく被保護者等である旨を証する書類を添付します。</p> <p><input type="checkbox"/> 私達は、子ども医療自己負担金の額の決定に当たり、栄町が保有する私達の町税の課税状況又は生活保護等に関する情報について、栄町職員が調査することに同意します。（※以下に、自署又は記名押印してください。）</p> <p>_____ ㊟ _____ ㊟</p> <p>_____ ㊟ _____ ㊟</p> <p>_____ ㊟ _____ ㊟</p>				

注1 子どもの年齢・学年欄は、申請に係る医療を受けた際の年齢及び学年を記入してください。

2 この申請書には、次の書類を添付してください。

- (1) 被保険者証、組合員証又は加入者証の写し
- (2) 医療費の領収書又は子ども医療費計算書
- (3) 高額療養費の額を証する書類
- (4) 附加給付及びこれに準ずるものの額を証する書類
- (5) 公費負担医療制度に基づく給付の額を証する書類