

様式第1号（第6条第1項）

受付	発券
免許/マインバ [®] カード ()	免許/マインバ [®] カード ()

年 月 日

四街道市長 様

申請者氏名

子ども医療費助成受給券交付申請書

四街道市子ども医療費の助成に関する条例施行規則第6条第1項の規定により、下記のとおり子ども医療費助成受給券の交付を申請します。

記

(申請者)	フリガナ		生年		続柄	父・母・
	氏名		月日		()	
	住所					
	電話番号		個人番号			
(配偶者等)	フリガナ		生年		続柄	父・母・
	氏名		月日		()	
	住所					
	電話番号		個人番号			
子ども	フリガナ					
	氏名					
	生年月日					
	年齢階層	児童等・高校生等	児童等・高校生等	児童等・高校生等		
	性別					
	住所					
加入医療保険	保険者名	認定年月日 / /	認定年月日 / /	認定年月日 / /	(保険者番号:) (被保険者名:)	
	記号番号	記号		番号		
生活保護受給状況	<input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 申請中					
<p style="text-align: center;">同意書</p> <p>子ども医療対策事業の運営に必要な、私の地方税関係情報及び記載内容について四街道市が確認することに同意します。</p> <p>氏名 _____ 氏名 _____</p>						
<p style="text-align: center;">確約書</p> <p>私は次の事項について確約します。</p> <ol style="list-style-type: none"> 高額医療費について四街道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四街道市へ返還すること。また、四街道市が高額療養費の全部又は一部を負担した場合は、四街道市と保険者で負担相当額について相殺することに異議を申し立てないこと。 家族療養附加金等を私が保険者から受領した場合は、相当額を四街道市へ返還すること。 独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付の対象となる医療費について、子ども医療費助成受給券を使用した場合、助成された額を四街道市に返還すること。 <p style="text-align: right;">氏名 _____</p>						