

別 記

第1号様式(第5条第1項関係)

白井市子ども医療費助成登録申請書

年 月 日

(宛先)白井市長

次のとおり、白井市子ども医療費助成に係る登録を申請します。

◎申請事由【1. 出生(第 子) 2. 転入(年 月 日) 3. その他()】

申請者(保護者)氏名	住 所			
	1月1日現在の住所	1 白井市内 2 白井市外(都道府県	市区町村・国外)
	フリガナ		続 柄	電話番号
	氏 名		父・母()	個人番号
	住 所			
	1月1日現在の住所	1 白井市内 2 白井市外(都道府県	市区町村・国外)
	フリガナ		続 柄	電話番号
	氏 名		父・母()	個人番号
子ども	住 所			
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
振込口座	金融機関名	銀行・金庫 組合・農協		本店・支店・支所 支店番号()
	口座番号		種 別	普通・当座
	フリガナ			
	口座名義人			
承 諾 書				
私は、子ども医療費の助成を受けることができる期間において次の事項を承諾します。				
1、白井市が助成金の算定に必要な私の市区町村民税額、合計所得金額、所得控除額の内訳、扶養人数その他必要な事項及び住民基本台帳を確認すること。 ※算定に必要な事項の確認に承諾されない場合は、住民票及び所得等証明書の提出が必要になります。				
2、白井市国民健康保険の高額医療費の支給を受けられる場合で、当該高額療養費の一部又は全部を白井市が負担した場合は、白井市が私に代わって当該高額療養費を保険者に請求し受領すること。				
3、高額療養費について白井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、過払い相当額を白井市へ支払います。				
4、私が付加給付金を保険者から受領した場合は、当該相当額を白井市へ支払います。				
保護者氏名				
保護者氏名				

※加入健康保険証のコピーを添付してください。