

野田市子ども医療費助成認定申請書

年 月 日

(宛先)野田市長

子ども医療費の助成の認定について次のとおり申請します。

申請理由		1 出生 2 転入 3 その他()			
保護者氏名	住所				
	ふりがな 氏名			個人番号	
	電話番号			生年月日	年 月 日
子ども	住所	1 申請者に同じ 2 その他 ()	1 申請者に同じ 2 その他 ()	1 申請者に同じ 2 その他 ()	
	ふりがな 氏名				
	生年月日				
※受給者番号					
世帯構成	氏名		続柄	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			
	被保険者名				
	記号番号	記号		番号	
	資格取得年月日	年 月 日			
<p>市町村民税確認承諾書</p> <p>野田市子ども医療費の助成に関する規則第5条第1項の規定により医療費として助成する額を算定するために必要な市町村民税の課税の状況について、市の職員が確認することに同意します。</p> <p>(申請の時点から子どもが15歳に達する年度のみまで)</p> <p style="text-align: right;">氏名 印</p>					
<p>注 同意があり公簿等による確認ができるときは、添付書類のうち市町村民税の課税の状況を証する書類を省略することができます。</p>					

注

- 高額医療費について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、過払い相当額を市へ支払います。
また、市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、市が私に代わって保険者に請求し、高額療養費を受領することを委任します。
- ※この欄は、記入しないでください。