

子ども医療費助成申請書

年 月 日

芝山町長 様

芝山町子ども医療費助成制度の受給者証の交付を申請します。

(申請者)	住所																		
	フリガナ											子どもの続柄			生年月日	年 月 日			
	氏名																		
	個人番号													電話番号					
(配偶者)	住所	□保護者（申請者）と同じ																	
	フリガナ											子どもの続柄			生年月日	年 月 日			
	氏名																		
	個人番号													電話番号					
子ども（受給者）	住所	□保護者（申請者）と同じ																	
	フリガナ													生年月日	年 月 日				
	氏名																		
	個人番号																		
	加入医療保険	保険者番号													保険者名				
		記号													番号				
		資格取得年月日													□ 被保険者又は被扶養者であることを証する書類を添付します				
	他制度適用	□なし □あり（ひとり親医療・重度心身医療・その他（ ））																	

同意書	
私は、芝山町子ども医療費の助成を申請するにあたり、本制度を利用する間、以下の内容について同意します。 1 所得情報、住民登録情報、健康保険加入状況、医療費情報等の個人情報について、町が公簿等（マイナンバー情報照会を含みます）により確認すること 2 高額療養費及び附加給付金の支給状況等の必要な事項について加入保険者に照会すること。 3 高額療養費について芝山町が過払いとなっている場合は、保険者から受領した高額療養費のうち、過払相当額を町に支払うこと。 4 家族療養費附加給付金を保険者から受領した場合は、当該相当額を町に支払うこと。	
申請者氏名	配偶者氏名