

子ども医療費助成登録申請書

年 月 日

多古町長 様

多古町子ども医療費助成の申請をします。

保 護 者	住 所	[〒 -] (電話番号 - -)		
	フリガナ			生 年 月 日
	氏 名			年 月 日
	配偶者	有・無		
者	各年1月1日の住所	今 年	昨 年	※町外の場合は保護者の課税証明書又は非課税証明書が必要です。(控除額を控除) ※必要な年度は申請月により異なります。
	申請者の住所	町内・町外	町内・町外	
	配偶者の住所	町内・町外	町内・町外	
子 ど も	フリガナ	性 別	生 年 月 日	住 所
	氏 名			マイナンバー(個人番号)
		男・女	年 月 日	同上・
		男・女	年 月 日	同上・
	男・女	年 月 日	同上・	

同 意 書

私は、申請日から子どもが15歳に達する日以後の最初の3月31日又は資格が喪失するまでの間、以下の内容について同意します。

- 1 所得情報、課税情報、住民登録情報、医療保険加入状況、医療費情報等の個人情報について、町が公簿等により確認すること。
- 2 医療費情報について、町が助成額を適正に支出するために、高額療養費及び附加給付金の支給状況等の必要な情報について加入保険者へ情報照会すること。
- 3 高額医療費について町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、過払い相当額を多古町へ支払うこと。
- 4 町が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、町と保険者で負担相当額について相殺すること。
- 5 家族療養費附加給付金を私が保険者から受領した場合は、当該相当額を町へ支払うこと。

氏 名	保護者(申請者)との続柄	マイナンバー(個人番号)

注) 原則として、子どもの父および母の同意が必要となります。但し、世帯の事情等により異なる場合があります。

注) 同意する方は、自ら署名して下さい。代理の方(窓口に来た人)が署名する場合は、同意する本人からの委任状が必要となります。

(添付書類) 通帳(写) 被保険者等であることを証する書類(写)
 その他()