

年 月 日

袖ヶ浦市長 様

袖ヶ浦市ひとり親家庭等医療費等の助成を受けたいので、袖ヶ浦市ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例第6条の規定により、受給資格の登録を次のとおり申請します。

申請者	住所	〒				
	ふりがな氏名		電話番号			
対象者	住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者に同じ				
	ふりがな氏名		生年月日	年 月 日	性別	男・女
	ふりがな氏名		生年月日	年 月 日	性別	男・女
	ふりがな氏名		生年月日	年 月 日	性別	男・女
	ふりがな氏名		生年月日	年 月 日	性別	男・女
世帯全員		氏名	続柄	個人番号	障害の有無	
	1				有・無	
	2				有・無	
	3				有・無	
	4				有・無	
	5				有・無	
ひとり親家庭等となった理由			死亡・離婚・生死不明・遺棄・拘禁・未婚の母又は父・配偶者の障害その他( )			
児童扶養手当の受給状況		有・無・申請中	有の場合の証書番号			
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 共済組合 5 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				

確認承諾書

ひとり親家庭等医療費等助成資格登録申請をするにあたり、下記の各項目について、承諾をします。  
記

- 1 助成資格の算定に必要な、私の世帯の所得状況及び市民税課税状況を確認すること。
- 2 高額療養費の支給が該当となる場合  
保険者から高額療養費が未支給であるために、袖ヶ浦市が交付した助成金が過払いとなった場合は、ア又はイに同意します。  
ア 私が保険者から高額療養費を受領するときは、袖ヶ浦市の過払い相当額を私が袖ヶ浦市に返還します。  
イ 袖ヶ浦市が保険者から過払い相当額を直接受領する場合は、それにより私に高額療養費が支給されたことにすることに同意します。
- 3 家族療養附加給付金の支給が該当となる場合  
保険者から家族療養附加給付金が未支給であるために、袖ヶ浦市が交付した助成金が過払いとなっている場合は、私が保険者から家族療養費附加給付金を受領し、袖ヶ浦市の過払い相当額を私が袖ヶ浦市に返還します。

氏名

氏名

注) 審査に必要な情報を公簿等で確認することができない場合は、関係書類の提出を依頼することがあります。