

第5号様式（第5条関係）

子ども医療費助成金支給申請書

受給者番号						
(フリガナ) 氏名					生年月日	年 月 日
住所	(〒)				(電話番号)	
香芝市長 様 上記のとおり、本医療費助成金の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住所 氏名						

(委任状)
私は、 _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。
本医療費助成金の受領に関すること。
申請者の住所、氏名(署名又は記名押印)

代理人の住所、氏名(署名又は記名押印)

口座 振替 依頼欄	金融機関名	銀行 農協 信用金庫 信用組合			本店 支店 出張所		
	金融機関 コード				店舗 コード		
	預金種別	普通・当座・その他	口座番号				
	口座名義人	(フリガナ) -----					

同意書

本医療費助成金の支給申請に当たり、以下のことを確認し、同意します。

- 療養の給付に係る一部負担金について高額療養費の支給を受けることができる場合に係る以下の内容。
 - 被保険者証及び本医療費受給資格証について、医療機関等が写しを徴すること。
 - 当該療養に係る診療報酬明細書等について、医療機関等が写しを徴すること。
 - 上記について、医療機関等が市長に提出すること。
- 助成金の算定に必要な所得等の情報を閲覧・使用すること
- 本医療費助成金の支給について、既に受給した助成金の差額に関する相殺を受けること。
- その他、事務上、市長が必要と認めること。

香芝市長 様

年 月 日 申請者 住所

氏名

電話番号