

子ども医療費助成金支給申請書

様式第4号の2(第4条の2関係)

受給者番号					
(フリガナ) 子ども氏名				生年月日	年 月 日生
住所	(〒)		(電話番号)		
磯城郡川西町長 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 氏名 (下段に一括署名)		

(委任状)

私は、 _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。
 _____ 年 月 _____ 日請求した助成金の受領に関する事。

申請者の住所、氏名 _____

代理人の住所、氏名 _____

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

子ども医療費受給資格申請、助成金支給申請及び支給を受けるにあたり、以下のことを確認し、同意します。

- ・本受給資格申請の審査を受けるために必要な所得等の情報を閲覧・使用すること。
- ・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。
 - 1 被保険者証及び本医療費受給者証について、医療機関等が写しを徴すること。
 - 2 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。
 - 3 上記について、医療機関等が町長に提出すること。
- ・本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、町長が必要と認めること。

磯城郡川西町長 様

当該申請書及び同意書に係る全ての事項を確認し署名します。

年 月 日 住所 (電話)
 対象者氏名
 (記入者氏名)