

こども医療助成費申請書（兼請求書）

次のとおり、秦野市こども医療費の助成に関する条例による医療費の助成を申請（請求）します。

(宛先)
秦野市長

申請（請求）年月日
住 所 秦野市

電話

ふりがな
氏 名

受付年月日	・																				
受給者番号											個人番号										
ふりがな こどもの氏名											ふりがな 被保険者名	(続柄)									
										1 国保 2 組合 3 協会 4 日雇 5 船員 6 共済											
生年月日	・ (歳)										保険の種類										
入院区分	1 入院 2 入院外										記号番号										
診療等を 受けた期間	年 月 日 から 年 月 日 まで										保険者番号										
申請(請求) の種類	1 医科 2 歯科 3 調剤 4 看護 5 補装具 6 その他										保険者名										
病院等名称											保険者の 所 在 地										
助成申請(請求)額	円										申請者が加入している年金の番号に○印をつけてください。 1 厚生年金保険 4 地方公務員等共済組合 2 私立学校教職員共済 5 国民年金 3 国家公務員共済組合 6 その他（未加入等）										
病院等名称																					
助成申請(請求)額	円																				
病院等名称																					
助成申請(請求)額	円																				
助成申請(請求) 額合計	円										申請の理由 1 医療証の提示ができなかった 2 県外受診										
振込先 金融機関名	コート 支店																				
口座番号											生活保護の受給状況 有 ・ 無										
口座名義人 (カタカナ)											重度障害者医療費給付事業の該当 有 ・ 無										
											ひとり親家庭等医療費助成事業の該当 有 ・ 無										

同意書

こども医療助成費申請に当たり、秦野市が行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第19条第9号の規定に基づき、情報提供ネットワークシステムを使用して地方税関係情報を照会することについて同意します。

同意者	住所	
	住所〔 年の 1月1日現在 〕	
	年分の確定申告	している ・ していない
	年分の市県民税申告	している ・ していない
	ふりがな	
	氏名	
	申請者との続柄	本人
	生年月日	
同意者	住所	
	住所〔 年の 1月1日現在 〕	
	年分の確定申告	している ・ していない
	年分の市県民税申告	している ・ していない
	ふりがな	
	氏名	
	申請者との続柄	
	生年月日	