別記様式第1号

わっさむ健やかこども医療費受給資格認定申請書

　　年　　　月　　　日

和寒町長　　　　　　　　　様

住　所　上川郡和寒町字

保護者

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

わっさむ健やかこども医療費受給者証の交付を申請します

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保　　護　　者 | | ふりがな | | | | 住所  和寒町字  TEL(　) | | | |
| 氏　名 | | | |
| 男・女 | 年　　月　　日生 | | |
| 個人番号 |  | | | | | | |
| 受　給　対　象　者　の　状　況 | 受給対象 者名 | ふりがな | |  | | |  | | |
| 氏名 | |  | | |  | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日生  （満　　才） | | 年　　月　　日生  （満　　才） | | | 年　　月　　日生  （満　　才） | | |
| 保護者との 続柄 |  | |  | | |  | | |
| 保護者との同居別居の別 | 同 居 ・ 別 居 | | 同 居 ・ 別 居 | | | 同 居 ・ 別 居 | | |
| 父の氏名 |  | | 生  死亡 | | | ※ | | |
| 母の氏名 |  | | 生  死亡 | | | ※ | | |
| 保　険  加入医療 | 保険種別 | 政・組・日・船・共・国 | | | 記　号  番　号 | | | 附加給付 | 有・無 |
| 被保険者証 発行機関名 |  | | | 所在地 | | | | |
| 類　等添付書 |  | | | | | | | | |

別記様式第１号（裏面）

同　　　　　　意　　　　　　書

　　　年　　月　　日

　和寒町長　様

　　私は、下記内容について同意いたします。

住　　所

保　護　者

氏　　名　　　　　　　　　　印

記

　１　わっさむ健やかこども医療費助成事務に係る資格審査等のため、住民票、戸籍、健康保険資格の状況等の調査照会をすること。

　２　受給資格の認定（期間満了後において継続する場合を含む。）にあたって、私及び私の属する世帯の世帯主及び私の属する世帯の世帯員の所得等の状況を確認するため、必要な公簿等を閲覧すること。

　３　高額療養費の申請等のため、世帯員の所得課税証明書を税務担当より徴し、加入している健康保険者へ提出すること。

　４　高額療養費算定のため、支給された高額療養費の診療点数等内訳を加入している健康保険者へ照会すること。