

柏市養育医療に係る 子ども医療費 助成金交付申請書
ひとり親家庭等医療費

柏市長 あて 令和 年 月 日

申請者 (保護者)	住 所	柏市
	フリガナ	
	氏 名	(自署しない場合は記名押印)
	電話番号	

上記に係る助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

対象となる 子ども	住 所	1 申請者と同住所 2 他の住所(※ 柏市)	
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	令和 年 月 日	

同意書

柏市長 あて 令和 年 月 日

住 所 柏市

申請者名

(自署しない場合は記名押印)

養育医療費の支給認定及び上記に係る助成金の交付を受けたいので、下記の項目について同意します。

記

- 養育医療の所管課と上記に係る医療費の所管課が、交付に必要な個人情報を共有すること
- 入院している(していた)指定養育医療機関に必要な情報を確認すること
- 世帯構成員の所得状況や市町村民税の課税状況等について、添付書類の内容を照合すること
- 柏市に納付すべき「養育医療給付に係る徴収金(自己負担額)」に係る、助成制度の助成金の受領」に関する権限を市長に委任する

【事務処理欄】

該当する制度 ☐ 子ども医療費 ☐ ひとり親家庭等医療費