

茂原市養育医療に係る子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

茂原市長 宛

申請者 (保護者)	住所		
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年	月

茂原市養育医療に係る子ども医療費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(※茂原市)	
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年	月

同意書

茂原市長 宛

茂原市養育医療に係る子ども医療費助成金を申請するにあたり、次の事項に同意します。

1. 養育医療の所管課と子ども医療費助成制度の所管課が、手続きに必要な情報を共有すること。
2. 養育医療費保護者負担金の算定に必要な保護者の住民税課税状況等の情報を調査すること。
3. 茂原市に納付すべき「養育医療給付に係る徴収金(自己負担額)」に係る、「子ども医療費助成金申請に関する権限を市長に委任する。

氏名 _____