

記入例

子ども医療費助成金交付申請書

令和3年 4月 2日

(あて先) 成田市長

住 所 成田市 花崎町7777-7

申請者
(保護者)

氏 名 花崎 一郎

電話番号 090 - 9999 - 9999

保護者が申請してください。振込口座の名義人と同一にしてください。

子ども医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

子 ど も	フリガナ	ハナザキ モモコ		性別	受給者番号	3	3	3	3	3	3	3
	氏 名	花崎 桃子		男・女	生年月日	19年 3月 3日						
	他制度適用	1 母子家庭・父子家庭等医療費等助成 2 重度心身障害者医療費助成 3 その他 ()				学年等	1 乳幼児 2 小学校 3 中学校	6	年生 年生			
世 帯 構 成	氏 名		続 柄	氏 名		続 柄						
	1	花崎 一郎		父	5							
	2	花崎 花子		母	6							
	3	花崎 梅子		祖母	7							
	4				8							
加 入 医 療 保 険	被保険者証の写しを添付します。											
	1 国民健康保険 ② 職場の健康保険・共済組合											
	附加給付等	① 有 ・ 無 自己負担限度額 25000 円 (1000 円未満切捨て)										
振 込 先 口 座	金融機関名	千葉		銀行		花崎町			本店・支店			
				信用金庫		(店番号 333)			支所 出張所			
				農 協								
	預金種別	普通		当座	口座番号	3	3	3	3	3	3	3
	フリガナ	ハナザキ イチロウ										
	口座名義人	花崎 一郎										

上記記入したお子さんを除く世帯員全員を記入してください。

必ず、申請者名義の口座を記入してください。

※学校、保育園等での負傷等による領収書が含まれていないことの確認 (未 済)