

(記 入 例)

小学生医療費助成金交付申請書

(あて先) 成田市長

必ず押印をお願い
します。

年 月 日

住 所 成田市花崎町760

申請者
(保護者)

氏 名 成田 太郎

電話番号 0476-20-1538

小学生医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

小学生	フリガナ	ナリタ ツバサ			所 属	成田 小学校	
	氏 名	成田 翼			小学校名		
	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 ()			生年月日	11年 3月 27日	
世帯構成	氏名		続柄	氏名		続柄	
	1	成田 太郎	父	5			
	2	成田 華子	母	6			
	3	成田 桜	妹	7			
	4	成田 進	祖父	8			
加入医療保険	保 険 者 名	健康保険組合 ・ 社会保険事務所 ・ 成田市 など					
	被 保 険 者 名	成田 太郎					
	記 号 ・ 番 号	記号		番号			
	附 加 給 付 等	有 ・ 無 自己負担限度額 円 (円未満切捨て)					
振込先口座	金 融 機 関 名	銀行		本店			
		信用金庫		支店			
		農協		支所			
	普 通 ・ 当 座	口座番号					
	フリガナ	ナリタ タロウ					
	口座名義人	成田 太郎					
<p>市民税額の確認について</p> <p>小学生医療費助成金の算定に必要な私の世帯の市民税額を確認することについて承諾します。</p> <p>氏名 成田 太郎</p> <p>氏名 成田 華子</p>							