

子ども医療費助成金交付申請書

令和 年 月 日

(あて先) 成田市長

住 所 成田市

申請者  
(保護者)

氏 名

電話番号

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			性別	受給者 番 号						
	氏 名			男・女	生年 月 日	年 月 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	年 生		年 生		
世 帯 構 成	氏 名		続 柄	氏 名		続 柄					
	1			5							
	2			6							
	3			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	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			信用金庫		農 協		本店・支店	
								(店番号)		支所 出張所	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号								
	フリガナ										
口座名義人											

※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)