別記第３号様式

# 子 ど も 医 療 費 助 成 金 交 付 申 請 書

年　　月　　日

（あて先）成田市長

| | |
|---|---|
| 申請者（保護者） | 住　所　成田市 |
| | 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<br>2　重度心身障害者医療費助成<br>3　その他（　　） | 学年等 | 1　乳幼児<br>2　小学校　　年生<br>3　中学校　　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。<br>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<br>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<br>信用金庫<br>農　協　（店番号　　） | 本店・支店<br>支所<br>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　）**